



Tiina Nissinen

IKÄÄNTYVIEN RAVITSEMUSHOIDON PROSESSIKUVAUS HOIVAOSASTOLLA

IKÄÄNTYVIEN RAVITSEMUSHOIDON PROSESSIKUVAUS HOIVAOSASTOLLA

Tiina Nissinen
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveysten edistämisen koulutusohjelma

Tekijä: Tiina Nissinen

Työn nimi: Ikääntyvien ravitsemushoidon prosessikuvaus hoivaosastolla

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT, Hilkka Honkanen ja yliopettaja, TtT Lea Rissanen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2012

Sivumäärä: 79 sivua ja 4 liitesivua

Kehittämistehtävän tavoitteena oli tuottaa hoivaosastolle ikääntyvien ravitsemushoidon kehittämistä varten ravitsemushoidon prosessikuvaus. Kehittämisprosessi toteutettiin Oulun kaupungin yhdellä hoivaosastolla vuosina 2006–2007. Tutkimusmenetelmänä käytettiin osallistavaa toimintatutkimusta, joka mahdollisti tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien hoitajien yhteisen kuvauksen hoivaosaston asukkaiden ravitsemustilasta, ravinnonsaannista ja hoitajien toteuttamasta ravitsemushoidosta.

Tutkimus sisälsi viisi vaihetta. 1) Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustilaa selvitettiin käyttämällä MNA-testiä (Mini Nutritional Assessment) alkukartoituksessa (n=26). 2) Ravintoainemittaus tehtiin MNA-mittaustulosten mukaan eniten virhe- tai aliravitsemusriskissä olevalle asukkaalle (n=10). 3) Ravitsemushoitoa kuvaava lomakekysely suunnattiin asukkaiden omahoitajille (n=18). 4) Hoitosuunnitelmiin kirjattuja ravitsemushoidon tavoitteita tarkasteltiin (n=18). 5) Ravitsemustilan seuranta ja loppukartoitus tehtiin uudella MNA-mittauksella (n=18). MNA-mittausten ja ravintoainemittausten tulokset analysoitiin määrällisesti ja lomakekyselyn vastaukset ja hoitosuunnitelmien kirjaukset analysoitiin laadullisesti.

Ravitsemustilaa kuvaavat mittaustulokset (alku- ja loppukartoitus) osoittavat, että osa hoivaosaston asukkaista oli virhe- tai aliravitsemustilassa (15–17 %). Suurin osa asukkaista oli riskissä virheravitsemukselle (81–83 %). Ravintoainemittaustulokset osoittivat, että osa asukkaista sai liian vähän energiaa ja proteiinia ravinnostaan. Omahoitajien kyselyn tulokset kuvasivat ravitsemushoidon osa-alueiden toteutumista hoivaosastolla. Ravitsemushoidon osa-alueista avuntarpeen arviointi, auttamismenetelmien valinta, yhteistyön sisältö ja kirjaaminen sekä ravitsemustilanseuranta olivat samansuuntaisia ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvien suositusten kanssa. Ravitsemushoitoon liittyviä tavoitteita hoitosuunnitelmissa oli kirjattuna vähän.

Ravitsemushoitoon liittyvien suositusten ja aikaisempien tutkimusten sekä tämän kehittämistehtävän tulosten pohjalta muodostettiin ravitsemushoidon prosessikuvaus hoivaosastolle, jota voidaan käyttää jatkossa hoivaosastolla asuvien ikääntyvien ravitsemushoidon kehittämisessä.

Asiasanat: toimintatutkimus, ikääntyvien ravitsemushoito, ikääntyvien ravitsemustila, ikääntyvien ravitsemussuositukset

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion

Author: Tiina Nissinen

Title of thesis: The Elderly's Nutritional Care process in caring department

Supervisors: Principal Lecturer, PhD Hilka Honkanen, Principal Lecturer, PhD Lea Rissanen,

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012 Number of pages: 79 + Appendix pages 4

The aim of the development project was to produce a nursing department of the elderly nutrition care for the development of nutrition care process description. The development process was carried out in the city of Oulu in one nursing department in 2006 - 2007. The research method was used participatory action research which enabled the researcher and the research nurses involved in the common description of the nursing department inhabitants of nutritional status dietary intake and the nurses from taking any nutritional care.

The study consisted of five stages. 1) The nursing department inhabitants of the nutritional status investigated by using the MNA test (Mini Nutritional Assessment) was used to test the initial survey (n = 26). 2) Nutrient intake was carried out MNA-test (n = 10) MNA-test results show that the most under-or malnutrition risk to the inhabitants. 3) Nutrition care descriptive questionnaire survey was aimed at inhabitants of primary nurses the questionnaire responses were received (n = 18). 4) Care plans relating to nutritional care goals were examined (n = 18). 5) Nutritional status follow up was carried out with a new MNA-test the nutritional status of the final survey was made (n = 18) inhabitants. MNA-test and food measurements the results were analyzed quantitatively and a questionnaire for responses and management plans entries were analyzed qualitatively.

Nutrition status to describe the results of the measurements (initial and final survey) indicate that part of the nursing section of the population was under-or malnutrition state (15-17%). Most of the residents were at risk of failure or malnutrition (81-83%). Food measurement results showed that some residents had too little energy and protein in their food. Results of the survey described their personal nurses nutritional care aspects of the implementation of nursing department. Nutrition care areas of need for assistance in the evaluation, selection of the helping, cooperation, and the recording of the content and nutritional status were similar to nutritional care of older people with the recommendations. Nutritional treatment-related goals care plans were recorded little.

Treatment-related nutrition recommendations and previous studies and the development of this task results formed the basis of nutritional care process description of the nursing department, which can be used in future nursing department of nutritional care for the elderly residents in the development.

Key words: action research, elderly people; nutritional care, nutritional status, nutritional recommendations

KUVIOT

- Kuvio 1. Kehittämis -ja tutkimusprosessin vaiheiden kuvaus.
- Kuvio 2. Energian tarve ja saanti ravintoainemittauksessa 3/2007.
- Kuvio 3. Proteiinin tarve ja saanti ravintoainemittauksessa 3/2007.
- Kuvio 4. Avuntarpeen arviointi ravitsemushoidossa hoivaosastolla.
- Kuvio 5. Auttamismenetelmien valinta ravitsemushoidossa hoivaosastolla.
- Kuvio 6. Ravitsemushoidon arviointi hoivaosastolla.
- Kuvio 7. Ravitsemushoidon kirjaaminen hoivaosastolla.
- Kuvio 8. Yhteistyö ravitsemushoidossa hoivaosastolla.
- Kuvio 9. Ravitsemushoidon tavoitteet hoivaosastolla
- Kuvio 10. Hoivaosaston asukkaiden painonmuutokset tutkimuksen aikana.
- Kuvio 11. Hoivaosaston asukkaiden painoindeksimuutokset (BMI) tutkimuksen aikana.
- Kuvio 12. Ikääntyvien ravitsemushoidon prosessikuvaus hoivaosastolla.

TAULUKOT

- Taulukko 1. Sairaalassa ja laitoshoidossa olevien ikääntyvien ravitsemustilan tuloksia.
- Taulukko 2. Suunnitteluvaiheen tavoitteet, toiminnot ja tulokset.
- Taulukko 3. Toteutusvaiheen tavoitteet, toiminnot ja tulokset.
- Taulukko 4. Kehittämis -ja tutkimusprosessissa käytetyt aineiston keruu- ja arviointimenetelmät
- Taulukko 5. Sisällönanalyysin etenemisen havainnollistaminen.
- Taulukko 6. Arviointivaiheen tavoitteet, toiminnot ja tulokset.
- Taulukko 7. Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustila alkukartoituksessa 1/2007.
- Taulukko 8. Alkukartoituksen MNA – tulokset vertailussa aikaisempiin tutkimuksiin.
- Taulukko 9. Ikääntyvien energian saantisuosituks.
- Taulukko 10. Ikääntyvien proteiinin saantisuosituks.
- Taulukko 11. Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustila loppukartoituksessa 8/2007.
- Taulukko 12. Loppukartoituksen MNA-tulokset vertailussa aikaisempiin tutkimuksiin.

LIITTEET

- Liite 1. Ruoka-ainemittauksen lomake
- Liite 2. Kyselylomake omahoitajille
- Liite 3. Kyselylomakkeen lisälomake

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	4
ABSTRACT	5
1 JOHDANTO	9
2 IKÄÄNTYVIEN RAVITSEMUSHOITO	11
2.1 Aikaisemmat tutkimukset	11
2.2 Ikääntyvien ravitsemushoito	12
2.3 Ikääntyvien ravitsemustila	13
2.4 Ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvät suositukset	14
2.5 Ravitsemushoidon kehittäminen hoivaosastolla	16
3 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ	19
3.1 Toimintatutkimus	19
3.2 Osallistava toimintatutkimus	20
3.3 Tutkijan rooli kehittämisprosessissa	21
4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	22
5 RAVITSEMUSHOIDON KEHITTÄMISPROSESSI	23
5.1 Kehittämistehtävän toimintaympäristö	23
5.2 Kehittämistoimintaan osallistujat	24
5.3 Kehittämistehtävän eettiset kysymykset	25
5.4 Kehittämisprosessin vaiheet	27
5.5 Kehittämisprosessin suunnitteluvaihe	27
5.4.1 Ravitsemustilan mittauksen suunnittelu	29
5.4.2 Ravintoainemittauksen suunnittelu	31
5.4.3 Omahoitajakyselyn suunnittelu	32
5.4.4 Ravitsemushoidon tavoitteiden selvittäminen	34
5.4.5 Ravitsemushoidon loppuarviointin suunnittelu	35
5.6 Kehittämisprosessin toteuttamisvaihe	36
5.6.1 Ravitsemustilanmittaus hoivaosastolla	36
5.6.2 Ruoka-ainemittaus hoivaosastolla	37
5.6.3 Omahoitajien kysely hoivaosastolla	37
5.6.4 Ravitsemushoidon tavoitteet hoivaosastolla	38
5.6.5 Ravitsemustilan loppuarviointi hoivaosastolla	38
5.7 Kehittämisprosessin aineiston keruu- ja arviointimenetelmät	38

5.7.1 Määrällisen aineiston analyysimenetelmä	40
5.7.2 Laadullisen aineiston analyysimenetelmä	40
6 KEHITTÄMISPROSESSIN TULOSTEN ARVIOINTIVAIHE	43
6.1 Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustila alkukartoituksessa	43
6.2 Ravintoainemittauksen tulokset.....	45
6.2.1 Ikääntyvien energian tarve	45
6.2.2 Ikääntyvien proteiinin tarve	47
6.3 Omahoitajakyselyn tulokset.....	49
6.3.1 Avuntarpeen arviointi ravitsemushoidon toteuttamisessa hoivaosastolla.....	50
6.3.2 Auttamismenetelmien valinta ravitsemushoidon toteuttamisessa hoivaosastolla.....	53
6.3.3 Ravitsemushoidon arviointi hoivaosastolla.....	55
6.3.4 Ravitsemushoidon kirjaaminen hoivaosastolla.....	56
6.3.5 Yhteistyö ravitsemushoidon toteuttamisessa hoivaosastolla.....	57
6.4 Ravitsemushoidon tavoitteet hoivaosastolla.....	59
6.5 Ravitsemustilan seuranta hoivaosastolla	60
6.6 Ikääntyvien ravitsemushoidon prosessi hoivaosastolla	64
7. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	67
7.1 Kehittämisen prosessin arviointi.....	67
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	68
7.3 Johtopäätökset.....	70
7.4 Tulosten hyödynnettävyys.....	71
7.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	72
LÄHTEET	73
LIITTEET.....	1

1 JOHDANTO

Ikääntyvien heikentynyt ravitsemustila on huomioitu useissa kansainvälisissä ja kotimaisissa tutkimuksissa, joiden mukaan osa pitkäaikaishoidossa asuvista ikääntyvistä kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta tai ovat riskissä virheravitsemukselle. Ikääntyvien virhe- ja aliravitsemus ja sen uhka ovat olleet myös julkisen keskustelun aiheena. Suomisen (2007c, 10) tutkimuksen mukaan ravitsemushoidon mahdollisuudet ikääntyvien toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseksi ovat pääosin hyödyntämättä. Ikääntyvien ravitsemushoidon nykyinen taso on puutteellinen ja hoidosta puuttuu jatkuvuus, eikä hoidon toteutumista arvioida ja seurata järjestelmällisesti. (Haapa & Pölönen 2002, 13.)

Ikääntyvien ravitsemushoidon kehittämistarve on huomioitu myös kansainvälisesti. ENHA:n (The European Nutrition for Health Alliance) suosituksissa vajaaravitsemuksen torjumiseksi korostetaan tietoisuuden lisäämistä ikääntyvien vajaaravitsemuksesta. Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy, ravitsemustilan ja ravinnon saannin arviointi sekä seuranta ja muiden vajaaravitsemukseen torjumiseen tähtäävien toimien tulee kuulua sosiaali- ja terveydenhuollonammattilaisten rutiinitehtäviin ja niiden toteutumista tulee valvoa. Ravitsemushoidon jatkuvuus on turvattava ikääntyvän siirtyessä laitoksesta toiseen. Turvallisen jatkohoidon onnistuminen edellyttää ravitsemushoitoon liittyvän tiedon säännöllistä kirjaamista ja tietojen tulee sisältyä myös ikääntyvälle tehtävään hoitosuunnitelmaan. ENHA:n suosituksissa korostetaan myös moniammatillista yhteistyötä ravitsemushoidon kehittämisessä ja toteuttamisessa sekä hoitohenkilöstön vastualueet on määriteltävä selkeästi. Ikääntyvien ja heidän omaistensa sekä hoitohenkilökunnan ja ruokahuoltohenkilöstön yhteistyön kehittäminen tulee kiinnittää huomiota. (ENHA 2006.)

Ikääntyvien ravitsemushoidolla ja terveyden edistämällä on selkeä yhteys toisiinsa. Ikääntyvien terveyden edistämisen tavoitteena on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyminen sellaisena, että ikääntynyt voisi elää mahdollisimman täysipainoista elämää myös laitoshoidossa. (Koivisto 2002, 31, Routasalo 2002, 111.) Terveyden edistämisessä on tärkeää puuttua mahdollisimman varhain toimintakyvyn laskuun ja ehkäistä toimintakyvyn vajausten syntymistä. Riittävän ja monipuolisen ravinnon saannin turvaaminen on tärkeä terveyttä ylläpitävä ja edistävä asia laitoksessa elävälle ikääntyvälle. (Voutilainen & Heinola 2006, 69.)

Ravitsemushoito on tärkeä osa ikääntyvän kokonaishoitoa ja merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä (Haapa & Pölönen 2002, 17, Muurinen 2003, 4). Ravitsemushoidon tavoitteena on tukea ikääntyvän terveyttä ja toimintakykyä sekä estää vajaa- ja virheravitsemuksen syntyminen ja korjata jo heikentynyttä ravitsemustilaa (Haapa & Pölönen 2002, 17). Ravitsemushoidon toteuttamisen lähtökohtana on ravitsemusongelman ja ravit-

semushoidon tarpeen tunnistaminen. Avainasemassa ovat ne henkilöt, jotka ovat lähinnä ikääntyvän jokapäiväistä elämää. (Haapa & Pölönen 2002, 17–18, 39.) Tärkeää on löytää ne ikääntyvät, joiden riski vajaa- ja virheravitsemukselle ja sen seurauksille on kasvanut. Oikein ajoitetulla ja hyvin suunnitellulla ravitsemushoidolla voidaan tutkimusten mukaan mahdollisesti ylläpitää hyvää toimintakykyä ja hidastaa laihtumista ja anoreksian etenemistä. (Pitkälä, Suominen, Soini, Muurinen, Strandberg 2005, 5269, Suominen 2008, 10.)

Hoivaosastolla asuvien ikääntyvien yhtenä terveyden edistämisen osa-alueena on ravitsemushoidon kehittäminen. Ravitsemusongelmien tunnistaminen, ehkäisy ja riskitekijöihin puuttuminen edellyttävät ehkäisevien toimintamuotojen käyttöönottoa ja uudenlaista työorientaatiota sekä uusinta tietoa hyvistä toimintakäytännöistä. Käytännönläheinen tutkimus yhdistää ravitsemushoitoon liittyvän teoreettisen tiedon ja käytännön työssä ilmenevät hoitotyöntekijöiden kokemuksiin perustuvat tiedot ja taidot palvelemaan arjessa tapahtuvaa ravitsemushoitotyön kehittämistä ja toteuttamista.

Kehittämistehtävä toteutettiin opinnäytetyönäni Oulun kaupungin yhdellä hoivaosastolla vuosina 2006–2007. Tutkimusmenetelmänä käytettiin osallistavaa toimintatutkimusta, joka mahdollisti tutkija-kehittäjän (minun) ja hoitohenkilöstön yhteisen kuvauksen hoivaosaston ravitsemushoidosta. Toimin kehittämisprosessin koordinaattorina ja tulosten analysoijana sekä lopullisen raportin kirjoittajana.

Kehittämistehtävän tavoitteena on kuvata hoivaosastolla asuvien ikääntyvien ravitsemustilaa ja ravinnon saantia sekä hoitajien toteuttamaa ravitsemushoitoa hoitotyön näkökulmasta. Tuloksista ja ravitsemushoitoon liittyvistä suosituksista ja teoreettisesta tiedosta on muodostettu hoivaosastolla asuvien ikääntyvien ravitsemushoidon prosessikuvaus. Sen tarkoituksena on auttaa hoitotyöntekijöitä jäsentämään ravitsemushoidon toteuttamista hoivaosastolla. Ravitsemushoidon prosessikuvausta voidaan jatkossa käyttää hoivaosastolla asuvien ikääntyvien ravitsemushoidon kehittämisessä.

2 IKÄÄNTYVIEN RAVITSEMUSHOITO

2.1 Aikaisemmat tutkimukset

Ravitsemushoitoon kohdistuvat haasteet tulevat lisääntymään tulevaisuudessa väestön ikääntymisen myötä. Tutkimusten mukaan virhe- ja aliravitsemus ovat yleisiä vanhankodeissa ja pitkäaikaissairaaloissa asuvilla ikääntyvillä (Suominen 2007c, 46). Helsingin vanhainkodeissa asuvien ravitsemustilaa tutkittiin MNA-testillä vuonna 2003, tutkimusjoukko koostui 2036 henkilöstä. Heistä 29 %:lla oli virheravitsemus ja 60 %:lla oli riski virheravitsemukselle. (Muurinen ym. 2003, 15.) Helsingissä tehtiin myös pitkäaikaissairaitilaisiin kohdistunut ravitsemustilan tutkimus vuonna 2003, jossa tutkimusjoukko koostui 1044 henkilöstä. Heistä 57 %:lla oli virheravitsemus ja 40 %:lla oli riski virheravitsemukselle. (Soini ym. 2003, 2.)

Suomalaisista selvityksistä ilmenee, että aliravitsemuksen uhka keskittyy terveyskeskusten pitkäaikaissosastoille ja vanhainkoteihin. Näissä hoidetaan sairaimpia ja huonokuntoisimpia henkilöitä, joilla elinaikaa on enää vähän jäljellä. Uhkatekijöitä aliravitsemukselle Stakesin RAI-tietokannasta poimittujen tietojen mukaan ovat mm. muistisairaudet tai dementia, sekavuus, toimintavajeet päivittäisissä toiminnoissa, toisen henkilön avuntarve syödessä, kivut, aistivajeet, masennus ja monilääkitys. (Finne-Soveri, Suominen, Pitkälä 2008, 8.)

Ikääntyvien sairaudet ja heikentynyt toimintakyky pääasiallisesti selittävät heikentyntä ravitsemustilaa. Taus-talla on myös se, että ravitsemushoidon merkitystä osana hyvää hoitoa ei ole riittävästi tiedostettu ja hoitohenkilökunnan tiedot ravitsemushoidon hyödyistä ja mahdollisuuksista ovat usein riittämättömät. (Suominen ym. 2004, 234, Suominen 2007c, 11.) Ikääntyvien vajaaravitsemus on merkittävä kliininen ja taloudellinen ongelma, se lisää hoitoaikaa ja kuolleisuutta sekä työmäärää ja kustannuksia (VRN 2010b, 24).

Ikääntyneiden heikentynyt ravitsemustila johtaa Kivelän (2006, 33) mukaan fyysisen kunnon heikkenemiseen ja hoidon tarpeen kasvamiseen. Ikääntynyt on usein väsynyt, voimaton ja ruokahaluton. Toimintakyky laskee, joka ilmenee mm. lihasvoiman vähenemisenä. Heikentynyt lihasvoima altistaa myös kaatumisille. Omatoimisuus vähenee, ikääntyvä ei jaksakaan syödä itse ja avun tarve ruokailussa kasvaa. Aliravitsemus altistaa infektioille ja painehaavoille sekä heikentää toipumista, lisäksi leikkaushaavat ja painehaavat paranevat hitaammin. Aliravitsemus myös muuttaa lääkaineiden tehoa vaikuttamalla niiden imeytymiseen ja jakautumiseen elimistössä. (Räihä 2005, 322.) Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito on keskeistä ikääntyvien hoidossa ja kuntoutuksessa, koska vajaaravitsemuksen ehkäiseminen on helpompaa kuin sen hoitaminen (VRNb 2010, 24).

2.2 Ikääntyvien ravitsemushoidon kokonaisuus

Ravitsemushoito on laaja kokonaisuus ja siihen liittyy useita osa-alueita ja sitä toteuttavat useat eri ikääntyvän kokonaishoitoon osallistuvat ammattiryhmät. Ravitsemushoito sisältää ravitsemuspalvelujen järjestämisen, ruokailun toteuttamisen ja ravitsemustilan arvioinnin sekä tarpeen mukaan ravitsemushoidon tehostamisen, ohjauksen ja toiminnan seuraamisen. (Päivärinta & Haverinen 2002, 81.)

Ravitsemushoidon lähtökohtana on ravitsemusongelman ja ravitsemushoidon tarpeen tunnistaminen ajoissa, avainasemassa ovat ne henkilöt, jotka ovat lähinnä ikääntyvän jokapäiväistä elämää (Haapa & Pölonen 2002, 17–18, 39). Tärkeää on löytää ne ikääntyvät, joiden ravitsemustila on heikentynyt ja ne joiden riski virhe- tai aliravitsemukselle on kasvanut sekä ne ikääntyvät, joiden ravintoaineiden saannissa ja ravitsemushoidossa on puutteita. Tämä edellyttää ikääntyvien ravitsemustilan ja ravintoaineiden saannin selvittämistä.

Ravitsemushoidon toteuttamisessa tarvitaan tietoa myös ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvistä ongelmista ja voimavaroista sekä tietoa siitä, millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä voidaan tukea ikääntyvien hyvää ravitsemustilaa ja selviytymistä ruokailusta. Vähentynyt toimintakyky voi kertoa heikentyneestä ravitsemustilasta ja siitä, että ikääntynyt tarvitsee apua hyvän ravitsemustilan turvaamiseksi. Vielä itsenäisesti toimivien mutta toimintakyvyltään heikentyneiden ikääntyvien on todettu olevan vaarassa jäädä liian vähälle ravinnolle, mikäli heidän avun tarvettaan ei ole arvioitu. (Soini ym. 2003, 4.) Ikääntyneen ruokailusta selviytyminen ja avun tarve sekä ruokailutottumukset ja rajoitteet ruokavaliossa tulee selvittää (Itkonen, Finne-Soveri, & Noro 2005, 189).

Ravitsemushoidon jatkuminen laadukkaana edellyttää ravitsemushoidon kirjaamista ja ravitsemustilan ja -hoidon säännöllistä arviointia sekä moniammatillista yhteistyötä. Ravitsemushoidon kirjaamisella varmistetaan tiedon välittyminen ikääntyvien hoitoon osallistuvien välillä. Ravitsemushäiriöiden hoitoa voidaan pitää ikääntyvien hyvän hoidon tunnusmerkkinä. Hyvästä ravitsemushoidosta huolimatta pitkälle edenneiden ravitsemushäiriöiden korjaaminen saattaa olla vaikeaa. Ravitsemushäiriöitä korjattaessa tulee muistaa se, että ruokailu ei ole vain energiantarpeen ja ravintoaineiden tarpeen tyydyttämistä. Ruokailuun liittyy tradition välittämiä sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä ja yhteisöllisyyttä sekä monenlaisia eettisiä arvoja. Ruokaan ja ruokailuun saatetaan liittyä myös negatiivisia ja uhkaavia merkityksiä ja uskomuksia. Nämä voivat johtaa turhaan pelkoon ja ahdistukseen sekä ruokavalion kaventumiseen. (Räihä 2005, 323.)

2.3 Ikääntyvien ravitsemustila

Hyvä ravitsemustila on ikääntyvälle toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja hyvän olon perusedellytys. Hyvä ravitsemustila tukee jaksamista ja samalla ennaltaehkäisee sairauksia tai siirtää niiden syntymistä, auttaa sairauksista toipumista ja kuntoutumista. (Päivärinta, Haverinen 2002, 81.) Optimaalisella ravitsemustilalla tarkoitetaan sitä, että ihminen saa sellaisen määrän välttämättömiä ravintoaineita ja hänen terveytensä ja hyvinvointinsa ovat parhaat mahdolliset. Lisäksi hänen elimistössään on riittävät välttämättömien ravintoaineiden varastot sairaus- ja stressitilanteiden varalle. (Martikainen 2002, 10.)

Ikääntyvän heikentyneestä ravitsemustilasta käytetään erilaisia käsitteitä riippuen tutkijasta. Suosituksissa käytetään käsitteitä aliravitsemus, vajaaravitsemus ja virheravitsemus. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksissa ikääntyneille käytetään huonosta ravitsemustilasta käsitettä virhe- tai aliravitsemus (VRNa 2010, 19). Samaan aikaan valmistuneissa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksissa sairaaloille, terveyskeskuksille, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin käytetään käsitettä vajaaravitsemus (VRNb 2010,24).

1. Aliravitsemuksella tarkoitetaan ruuan pitkäaikaisesta puutteesta johtuvaa sairaalloista tilaa, joka ilmenee mm. painon vähenemisenä. Aliravitsemus voi olla energian tai proteiinin puutetta tai näiden molempien puutteesta johtuvaa. (Nienstedt 2002, 20.)
2. Vajaaravitsemus tarkoittaa energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin epäsuhtaa tai puutetta niiden tarpeeseen nähden. Vajaaravitsemukselle alttiita ikäryhmiä ovat lapset ja vanhukset. (VRNb 2010,24.)
3. Virheravitsemuksella tarkoitetaan ravitsemushäiriötä, sairaalloista tilaa, joka johtuu yhden tai useamman ravintoaineen suhteellisesta puutteesta tai ylimäärästä ruokavaliossa (Nienstedt 2002, 738).

Tämän kehittämissuhteen teoreettisessa osassa käytän niitä ravitsemustilaa kuvaavia käsitteitä, joita tutkimuksen tekijät ovat käyttäneet. Suomalaisessa MNA-testilomakkeessa (liite1.) ovat käsitteet virhe- tai aliravitsemus ja virheravitsemusriski kuvaamassa ravitsemustilaa. Samoja käsitteitä käytetään myös tämän kehittämissuhteen tuloksissa.

Ikääntyvillä vaikeat ravinnon puutostilat ovat harvinaisia, mutta ikääntyvissä on ryhmiä, joiden ravinnonsaanti on liian vähäistä tai yksipuolista johtaen terveydellisiin haittoihin. Ikääntyvien aliravitsemus on harvoin yksittäi-

nen ongelma länsimaissa, vaan siihen liittyy somaattisia tai psykiatrisia sairauksia, kognitiivisia ongelmia, alentunutta toimintakykyä ja hauraus-raihnausoireyhtymää. (Räihä 2008, 6-7.) Ravitsemustilan heikkenemiselle altistavia tekijöitä ympärivuorokautisessa hoidossa ovat toimintavajeet päivittäisissä toiminnoissa, muistisairaudet, sekavuus, aistien heikentyminen, avun tarve syömisessä, monilääkitys, suun tai hampaiston sairaus, masennus, kipu ja nielemisongelmat (VRN 2010a, 28).

Ikääntyvien ravitsemustilaa on tutkittu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Guigoz (2006) on tehnyt laajan koosteen MNA- testillä tehdyistä tutkimuksista. Ravitsemustilaa kuvaavia julkaisuja oli 127 ja niissä oli tutkittu MNA- testillä noin 35 000 ikääntyvän ravitsemustilaa. Laitoshoidossa olevien ikääntyvien ravitsemustilaa kuvaavia julkaisuja oli 32 ja niissä 6821 ikääntyvän ravitsemustilaa oli mitattu MNA:lla. (Guigoz 2006, 470–471.) Suominen (2007,11) mukaan virhe- tai aliravitsemus on yleistä vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Suominen tutkimuksessa oli 2114 vanhainkotiasukasta ja 1043 sairaalapotilasta, yhteensä 3157 pitkäaikaishoidon asukasta. Taulukoon 1. on kuvattuna Guigozin ja Suominen tulokset laitoshoidossa olevien ikääntyvien ravitsemustiloista.

TAULUKKO 1. Sairaalassa ja laitoshoidossa olevien ikääntyvien ravitsemustilan tuloksia (Guigoz 2006, Suominen 2007)

<i>Ravitsemustila</i>	<i>Guigoz (2006)</i>	<i>Suominen (2007)</i>
<i>Otos</i>	<i>6821</i>	<i>3157</i>
<i>MNA-tulos %</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Virhe- tai aliravitsemus	5-71 %	11–57%
Virheravitsemusriski	27–70 %	40–89 %
Hyvä ravitsemustila	4-61 %	0-16 %

2.4 Ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvät suositukset

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan julkaisemat ”Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon” on laadittu väestötasolla terveille ja kohtalaisesti liikkuville ihmisille. Ne soveltuvat vain varauksellisesti yksilöiden ruoankäytön tai ravitsemustilan arviointiin ja ravitsemusneuvontaan, koska yksilöiden ravinnon tarpeen vaihtelut voivat olla suuret. Ruoka-ainesuositukset edustavat keskimääräisesti suositeltavaa saantia pitkäköllä aikavälillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 7.)

The European Nutrition for Health Alliance konferenssissa 2006 on esitetty kansainväliset suositukset vajaaravitsemuksen torjumiseksi. Ikääntyvien vanhainkodeissa asuvia varten tulee laatia valtakunnalliset ravitsemusta ja ravitsemushoitoa koskevat suositukset. Henkilöstön ravitsemushoidolliselle ammattitaidolle tulee määritellä vähimmäistaso. Säännöllinen ravitsemustilan arviointi, kirjaaminen ja seuranta kuuluvat suositusten tavoitteisiin. Johdon ja henkilöstön sitoutuminen ravitsemuskoulutukseen sekä vastuualueiden ja yhteistyön selkiyttäminen ovat keskeisiä haasteita. Moniammatillinen lähestymistapa ravitsemushoidon toteuttamisessa korostuu ja ravitsemushoitoon liittyvien tietojen tulee siirtyä hoitolaitosten välillä. (ENHA 2006.)

Valtioneuvoston liikuntaa ja ravintoa koskevassa periaatepäätöksessä vuonna 2008 annettiin erityisiä tavoitteita ja kehittämisen painopisteitä liittyen ikääntymiseen. Periaatepäätöksen toimintasuunnitelmaan oli kirjattu mm. ikääntyvien ravitsemussuosituksen laatiminen. Ikääntyvien ravitsemussuositukset ovat ensimmäiset valtakunnalliset suositukset, jotka on suunnattu ikääntyneiden ravitsemukseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 5.)

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten keskeisinä tavoitteina ovat:

1. Terveystieteiden työntekijät ammattilaiset tunnistavat käytännön hoitotyössä ikääntyneen ravitsemustilan heikkenemisen ja osaavat toteuttaa ravitsemushoitoa osana hyvää hoitoa
2. Selkiyttää iäkkäiden ravitsemukseen liittyviä keskinäisiä eroja
3. Selkiyttää ravitsemushoidon tavoitteita
4. Yhdenmukaistaa hyviä käytäntöjä
5. Lisätä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä

Ikääntyvien ravitsemussuositusten keskeisinä painopisteinä ovat mm. Ikääntyvien ravitsemuksen säännöllinen seuranta sisältäen ravitsemustilan arvioinnin, seuraten erityisesti painon muutoksia ja käyttämällä ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä menetelmiä. Lisäksi arvioidaan syödyn ruuan määrää käyttämällä siihen soveltuvia menetelmiä. Ravitsemushoidon avulla turvataan ikääntyvien energian, proteiinin, ravintoaineiden, kuidun ja nesteen saanti. Ravitsemusongelmiin puututaan mahdollisimman pian. Myös D-vitamiinin saanti tulee turvata. Ikääntyvien ravitsemussuositusten toimeenpanosta on vastuu kaikilla ikääntyvien asioiden parissa työskentelevillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 9.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunnasta valmistui samanaikaisesti toiset suositukset. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010b) ravitsemushoito suositukset, jotka on tarkoitettu sairaaloille, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Suositukset korvaavat aikaisemman Ravitsemushoito ja ruokailu-

suosituksen vuodelta 1994. Uudistettu suositus on aikaisempaa laajempi ja siinä otetaan huomioon ravitsemusterapian, ruokapalvelun sekä hoito- ja lääketieteen näkökulmat. Ravitsemushoitosuosituksessa tavoitteena on yhdenmukaistaa ravitsemushoitokäytäntöjä ja se on tarkoitettu kaikille ikääntyneiden hoitoon osallistuville tahoille. Ravitsemushoidolla suosituksissa tarkoitetaan terveyttä edistävää ravitsemusta ja sairaiden ravitsemushoitoa. (VRN 2010b, 8-9.)

2.5 Ravitsemushoidon kehittäminen hoivaosastolla

Riittävän ja monipuolisen ravinnon saannin turvaaminen on tärkeä terveyttä ylläpitävä ja edistävä asia hoivahoidossa asuvalle ikääntyvälle (Voutilainen & Heinola 2006, 68–69). Ikääntyvän ravitsemustilan arviointi, virhe- tai aliravitsemuksen ja virheravitsemusriskin ennaltaehkäisy ja hoito on terveyden edistämisen preventiivistä toimintaa. Preventio tarkoittaa sairauksien ehkäisyä ja se on ongelmalähtöistä. Preventio jaetaan kolmeen osaan primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventioon. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15.)

Preventioon kytkeytyy läheisesti seulonta, jonka tulosten pohjalta ehkäisytoimenpiteet voidaan paremmin suunnata yksilöihin, jotka niistä parhaiten hyötyvät (Strandberg & Tilvis 2001, 328). Seulontaa voidaan tehdä ravitsemustilaa arvioivalla testillä esim. MNA-testillä. Seulonnan avulla löydetään ne ikääntyvät, joiden riski virhe- tai aliravitsemukselle ja sen vahingollisille seurauksille on kasvanut. (Suominen 2006, 58.)

Primaari-prevention tasolla ikääntyvien ravitsemushoidossa korostuu virhe- tai aliravitsemuksen ehkäiseminen vaikuttamalla riskitekijöihin. Ikääntyvien ravitsemushäiriöille altistavia riskitekijöitä ovat mm. sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät syyt, kuten sosiaalisen verkoston pieneminen, yksinäisyys ja taloudellinen tilanne. Psykkiset syyt, kuten masennus sekä dementia ja siihen liittyvien kognitiivisten toimintojen häiriöt yhdessä fysiologisten syiden, sairauksien ja lääkkeiden käytöstä johtuvien syiden kanssa ovat lisäriskitekijöitä ikääntyvien ravitsemustilan häiriöille. (Suominen 2007, 186–189.)

Sekundaari-preventiossa pyritään ehkäisemään virheravitsemusriskin pahentumista poistamalla riskitekijöitä tai pienentämällä niiden vaikutusta. Tämä ilmenee hoivahoidossa asuvan ikääntyvän ravitsemushoidon toteuttamisessa siten, että varmistetaan ravinnon saanti psyykkisistä ja fyysisistä rajoitteista huolimatta. Huomioidaan dementian etenemisestä aiheutuvat kognitiiviset muutokset toimintakyvyssä, esimerkiksi omatoimisuuden väheneminen. Huolehditaan siitä, että ikääntyvä asukas saa hänelle sopivan ruokavalion ja riittävästi apua ruokailusta selviytymiseen.

Tertiaaripreventiolla pyritään vaikuttamaan virheravitsemuksen aiheuttamien haittojen pahenemista. Tämä ilmenee hoivaosastolla, siten, että ikääntyvän asukkaan ravitsemushoidossa huomioidaan lisääntynyt ravinnontarve. Tarjotaan energia- ja proteiinirikasta ruokaa ja huolehditaan siitä, että ikääntyvä asukas syö riittävästi. Liian vähäinen energian saanti ilmenee väsymisenä ja voimattomuutena. Proteiinin puute hidastaa haavumien paranemista. Varmistetaan, että nesteiden laatu ja ruuan rakenne ovat oikeat, näin voidaan välttää ruuan ja juomien aspirointi. Juomien ja ruuan aspirointi altistaa ikääntyvät herkästi keuhkokuumeelle.

Ikääntyneen punnitseminen kerran kuukaudessa on yksinkertainen tapa seurata ravitsemustilaa. Painonmuutosten seuranta on tärkeämpää kuin normaalipainon selvittäminen (Suominen 2006, 58). Yli kolmen kilon painon muutos kolmen kuukauden aikana antaa aiheutta lisäselvitykseen (Vallejo Medina 2006, 69). Ravitsemustilaa voidaan arvioida myös seuraamalla painonindeksiä, joka lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä (m²). Ikääntyvien suositeltava painoindeksialue on 24–29, mikäli painoindeksi on alle 24, on todettu, että sairastavuus ja kuolleisuus lisääntyvät ikääntyvillä. (Pitkälä ym, 2005, 5268, Suominen 2006, 58, VRNa 2010, 30.)

Ravinnonsaannin arvioinnin tarkoituksena on selvittää ruuan määrän ja laadun riittävyttä hyvän ravitsemustilan ylläpitämiseksi. Ikääntyvän toimintakyvyn väheneminen voi kertoa heikentyneestä ravitsemustilasta ja siitä, että hän tarvitsee apua hyvän ravitsemustilan turvaamiseksi. Vielä itsenäisesti toimivien mutta toimintakyvyltään heikentyneiden ikääntyvien on todettu olevan vaarassa jäädä liian vähälle ravinnolle, mikäli heidän avun tarvettaan ei ole arvioitu. (Soini ym. 2003, 4.) Terveysten edistäminen ravitsemushoidon toteutuksessa voi olla esimerkiksi sitä, että tuetaan ja ylläpidetään erilaisilla auttamismenetelmillä ikääntyvän jäljellä olevaa toimintakykyä sekä annetaan mahdollisuus tehdä itsenäisiä valintoja. (Topo ym. 2007, 113.) Ruokailu tulee nähdä osana kuntouttavaa hoitoa, sillä ruokailutilanteisiin voidaan liittää luontevasti fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista aktivointia (Suominen 2006, 64).

Monelle ikääntyvälle ruokailuhetket ovat päivän kohokohtia, sillä ne tarjoavat oikeanlaisen ravinnon ohella yhteisöllisyyttä sekä hyviä ja lohduttavia makumuistoja (Ihalainen ym. 2004, 85, Vallejo Mediana ym. 2006, 291). Ruokailuympäristöön ja ilmapiiriin tulee kiinnittää huomioita. Henkilökunnan selkeällä työn aikataulutuksella ja työnjaolla voidaan vaikuttaa ruokailuympäristön- ja tilanteen rauhallisuuteen. (Toro ym. 2007, 68.) Erityisesti dementoituvien ruokailuun tulee kiinnittää huomiota. Liialliset ärsykkeet voivat aiheuttaa levottomuutta ja liian pitkä ruuan odotusaika voi aiheuttaa kärsimättömyyttä. Ruokailupaikan vaihtuminen ja liian lähellä olevat toiset ruokailijat voivat aiheuttaa ongelmia ruokailun aikana. (Vallejo Medina ym. 2006, 291.)

Ikääntyvän ravitsemushoidon tavoitteena on hyvä ravitsemustila ja riittävät ravintoainevarastot (Suominen 2006, 13). Tavoitteena on myös tukea ikääntyvän terveyttä, toimintakykyä sekä estää virheravitsemuksen

syntyminen ja korjata jo heikentynyttä ravitsemustilaa sekä tukea elimistön vastustuskykyä. Lisäksi ravitsemushoidon tavoitteena on estää sairaudesta tai hoidosta johtuvien liitännäissairauksien syntyminen. (Haapa & Pölönen 2002, 17.) Ravitsemushoidon tavoitteina voidaan pitää myös sitä, että ikääntyvä kykenee nauttimaan syömisestä ja juomisesta sekä kokee ruokailuhetket turvallisina, arvostusta ja yhteisöllisyyttä viestivinä tilanteina sekä saa ruokailuhetkistä esteettisiä kokemuksia (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 292). Ravitsemushoidon tavoitteiden tulee olla selkeitä ja auttamismenetelmät valitaan aina ikääntyvän tarpeista ja mahdollisuuksista käsin.

Terveyttä edistävän ravitsemushoidon järjestämisessä keskeistä on moniammatillinen yhteistyö hoito- ja ruokapalveluhenkilökunnan kesken (Päivärinta & Haverinen 2002, 83, Muurinen 2003, 24, Valtion ravitsemusneuvottelutoimikunta 2003, 32, Soini ym. 2004, 9, 2006, 62). Ravitsemushoidon toteuttamisessa on tärkeää oikean ja ajan tasalla olevan tiedon välittyminen ikääntyvien ja hänen hoitoonsa osallistuvien välillä. Ravitsemushoidon toteuttamisen tulee pohjautua ikääntyvän hoitosuunnitelmaan, jossa on tietoa sairauksista, lääkityksistä, ravitsemustilasta ja ruokavaliosta sekä fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä. (Haapa & Pölönen 2002, 19.) Riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi sekä miellyttävän ja kiireettömän ruokailuhetken aikaan saamiseksi tulee olla riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2003, 37).

3 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ

3.1 Toimintatutkimus

Valitsin toimintatutkimuksen tämän kehittämistehtävän tutkimukselliseksi lähestymistavaksi. Toimintatutkimus määritellään tutkimusstrategiaksi, jonka avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia erilaisissa yhteisöissä ja saamaan aikaan muutos sosiaalisessa toiminnassa sekä kehittämään käytäntöä (Lauri 2006, 115, Tolvanen 1998, 77, Heikkinen & Jyrkämä 1999 26, Aspvik 2003, 50). Toimintatutkimuksessa on kyse vähitellen tapahtuvasta tutkittavan ilmiön käsitteellistämisestä, ei niinkään etukäteen selvitetyn teorian testauksesta kenttäkokemuksen kautta. Toimintatutkimuksessa aineistolähtöisyyden painottaminen soveltuu, jos toimintatutkimuksessa on kyse työkäytäntöjen taustalla olevien näkemysten ja usein piilevien tai tiedostamattomien näkemysten käsitteellistämisestä. Lähtökohtana toimintatutkimukselle on tehdä näkyväksi ja tietoiseksi toimintaa käytännössä ohjaavia näkökulmia. (Kiviniemi 1999,71.)

Lähtökohtana oli se, että hoitajien käytössä ei ollut ohjeita ravitsemushoidon toteuttamiseen osastolla. Hoivaosaston asukkaiden ravitsemushoitoon liittyvää tutkimusta ei ole kyseisessä yksikössä tehty aikaisemmin. Asukkaiden ravitsemushoidon toteuttamiseen ei ollut suunnitelmia, tavat toimia ravitsemushoidon suhteen ovat muotoutuneet hoitajien kokemuksista, tiedot ja tavat ovat siirtyneet hoitajalta toiselle suullisesti. Tarvittiin siis kuvausta osaston ravitsemushoitoon liittyvistä toimintatavoista, ja miten ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvät suositukset voitaisiin huomioida ja liittää joustavasti käytäntöön arkipäivän toiminnoiksi.

Toimintatutkimuksen toteuttamisessa voidaan käyttää erilaisia lähestymistapoja, näitä ovat tekninen, käytännöllinen ja tiedostava lähestymistapa. Se mikä lähestymistapa valitaan, riippuu siitä mihin tutkimuksella pyritään. Tässä kehittämisprosessissa valittiin tiedostava lähestymistapa tutkimuksen toteuttamistavaksi. Tiedostavan lähestymistavan tavoitteena on käytännössä todetun ongelman ja sitä koskevan teoreettisen tiedon lähentäminen. Tutkimuksessa käytetään induktiivista ja deduktiivista lähestymistapaa. Tutkimuksessa tuotetaan uutta tietoa ja teoriaa ja samalla kehitetään käytännön toimintaa. (Lauri 2006, 118–119.) Tietoisuutta lisäävässä lähestymistavassa tutkija ei vie työyhteisöön mitään valmista mallia tai teoriaa, vaan yhdessä työyhteisön kanssa alkaa kehittää sitä (Lauri & Elomaa 1999,107).

Toimintatutkimuksessa tutkimusprosessi etenee sylkimäisesti, jossa vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi (Hopia 2004, 160). Suunnitteluvaihe lähtee olemassa olevasta tilanteesta ja siinä esiintyvistä ongelmista, jonka pohjalta muotoillaan toiminnan uudet tavoitteet. Tämän kehittämisprosessin suunnitteluvai-

heessa ideoitiin tutkimuksen aineistonkeruu ja analysointimenetelmät sekä tutkimuksen aikataulu ja vastuualueet

Tavoitteiden määrittelyssä on tärkeää, että kehittämiseen osallistuvat hyväksyvät tavoitteet ja ovat tietoisia niiden merkityksestä toiminnassaan. Tavoitteille rakennetaan toimintaohjelma, jossa määritellään toiminnan sisällöt, menetelmät ja toteuttajat. (Lauri 1985, 111.) Tämän tutkimuksen tavoitteet liittyivät aineiston keräämisen toteuttamiseen ja aineiston analysointiin sekä tulosten muodostamiseen aikataulun mukaisesti.

Toimintatutkimuksen toteuttaminen käytännön työssä on sen tärkein vaihe. Toteutuksessa lähtökohtana ovat asetetut tavoitteet, joita voidaan täsmentää, tarkentaa ja muuttaa toiminnan aikana, mikäli eri osapuolet katsovat sen tarpeelliseksi. Toiminnan eteneminen edellyttää jatkuvaa analysointia ja arviointia. Tutkijan tehtäviin kuuluu kantaa vastuu kehittämistyön etenemisestä ja mahdollisista ongelmista. (Lauri 1985, 111.) Toiminta tässä kehittämistehtävässä liittyy aineiston keruun toteuttamiseen käytännössä eli asukkaiden ravitsemustilan mittauksiin, ravintoaineiden saannin mittauksiin ja omahoitajien kyselyyn sekä ravitsemushoitoon liittyvien tavoitteiden tarkastelemiseen hoitosuunnitelmista.

Toimintatutkimuksen tulosten arviointi on haasteellinen tehtävä, koska eri tilanteet toimintatutkimuksen aikana voivat olla erilaiset. Tärkeää on, että tietoja tutkimuksen etenemisestä hankitaan jatkuvasti ja systemaattisesti sekä prosessin eri vaiheet kirjataan muistiin. Lähtötilanteen ja tavoitteiden kirjaaminen on erityisen tärkeää, sillä ne ovat perustana loppuarvioinnille. Arviointikriteerien laatiminen on tärkeä osa tutkimusta ja arvioinnin perusteet on määriteltävä jo suunnitteluvaiheessa. Arvioinnissa on huomioitava toiminnan kokonaisuus eli sisäiset ja ulkoiset ehdot, jotka säätelevät kyseistä toimintaa. (Lauri 1985, 112.) Arviointivaiheessa esitetään aineiston tulokset ja niitä verrataan aikaisempiin tutkimuksiin ja suosituksiin.

3.2 Osallistava toimintatutkimus

Toimintatutkimuksessa on kyse tutkijan ja hänen tutkimusyhteisönsä välisestä yhteistoiminnasta. Kehittämisen aikana tutkittavien osallisuuden aste voi vaihdella huomattavasti siten, että osallisuus ei ole koko prosessin ajan yhtä osallistavaa. (Kuusela 2005, 32.) Osallistavassa toimintatutkimuksessa (participatory action research PAR) keskeistä on eri osapuolten mukaan ottaminen tutkimuksen alusta lähtien. Tärkeää on käytännön työntekijöiden asiantuntemuksen esille nostaminen ja se että, tutkija ei kohtele työntekijöitä passiivisina informaation antajina vaan kanssatutkijoina. Osallistava toimintatutkimus on siis yhteistyössä tapahtuvaa oppimista ja työn kehittämistä ja sen tavoitteena on tietoisuuden herättäminen ja kasvattaminen. (Aspvik 2003, 50–51.)

Kehittämistyötä edistäviä tekijöitä ovat yhteisön osallistuminen, sitoutuminen, teoreettinen ja kokemuksellinen tieto sekä käytännön läheisyys (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 25–62).

Tässä kehittämistehtävässä hoitajien osallisuus ilmenee tutkimusaiheen muotoutumisessa, aineiston keruun suunnittelussa ja toteuttamisessa. Hoitajien asiantuntemuksen esille nostaminen erityisesti ravitsemushoidon toteutuksen kuvauksessa on tärkeää. Hoitajien kokemukseen pohjautuva tieto/taito eli niin sanottu hiljainen tieto pyritään saamaan esille ja saattamaan hiljainen tieto kirjalliseen muotoon. Tarkoitus on tuottaa alustavaa tietoa hoivaosaston ravitsemushoidon käytänteistä suhteessa ravitsemushoidon suosituksiin. Jatkossa tutkimuksesta saatua alustavaa pohjatietoa voidaan käyttää ravitsemushoidon kehittämiseen hoivaosastolla.

3.3 Tutkijan rooli kehittämisprosessissa

Toimintatutkimuksen perinteisenä ideana on se, että tutkija voi auttaa omalla panoksellaan yhteisön toimintaa ja toiminnassa on mahdollista käyttää apuna tieteellisiä menetelmiä. Tutkimusprosessin edetessä tutkija hyödyntää olemassa olevia teorioita ja tulkitsee niiden pohjalta tutkittavaa asiaa. (Kuusela 2005, 30, 69.) Toimintatutkimuksessa tutkijan tehtävänä on siis toimia sekä asiantuntijana toiminnan kehittämiseen liittyvän teoreettisen tiedon soveltamisen osalta että tutkimuksen koordinoijana, konsulttina ja käynnistäjänä (Lauri 2006, 120).

Tässä kehittämisprosessissa osallistuin tutkimukseen yhtenä hoitotyöntekijänä ja kerroin avoimesti olevani tutkija. Tutkimuksen aikana tehtävänäni oli herättää tutkimukseen osallistuvien mielenkiinto tutkittavaan aiheeseen ja saada heidät osallistumaan tutkimuksen eri vaiheisiin. Tutkimuskohteena olevien ikääntyvien ja heidän omaistensa informointi tutkimuksesta sekä tutkimusluvan hankinta olivat myös vastuullani.

Tehtävänäni tutkijan roolissa oli myös ikääntyvien ravitsemukseen ja ravitsemushoitoon liittyvän teoreettisen tiedon ja ravitsemustilaa kuvaavien mittareiden etsiminen ja soveltaminen tutkimuksen aikana. Suunnittelin ja esitin tutkimukseen osallistuville tutkimuksen aikataulutuksen ja sovin heidän kanssaan milloin ja miten ravitsemustilan lähtötilan arviointi, ruoka-ainemittaukset, omahoitajien kysely sekä hoitosuunnitelmien tutkiminen ja ravitsemustilan loppuarviointi toteutetaan. Toimin myös yhteyshenkilönä ravitsemuspalveluiden henkilöstön kanssa, järjestäen yhteisen kokouksen ja huolehtien myös ruoka-ainemittausaineiston toimittamisesta ravitsemuspalveluihin käsiteltäviksi. Tutkijana vastasin tutkimusaineiston kokoamisesta, tallentamisesta, aineiston analysoinnista ja tulosten muodostamisesta ja esittämisestä sekä loppuraportin kirjoittamisesta.

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on toimintatutkimuksen lähestymistavalla kuvata hoivaosastolla asuvien ikääntyvien ravitsemustilaa ja ravinnonsaantia sekä ravitsemushoidon toteutumista hoitotyön näkökulmasta. Tavoitteena on muodostaa ravitsemushoidon prosessikuvaus, joka auttaa hoitotyöntekijöitä jäsentämään hoivaosastolla asuvan ikääntyvän ravitsemushoidon toteuttamista. Kehittämistyön tuloksena kuvautuu hoivaosaston ravitsemushoidon prosessi. Jatkossa ravitsemushoidon prosessikuvausta voidaan käyttää hoivaosastolla asuvien ikääntyvien ravitsemushoidon kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on ikääntyvien asukkaiden ravitsemustila Mini Nutrition Assessment- (MNA) mittarilla arvioituna?
2. Millainen on virheravitsemusriskissä olevien ikääntyvien asukkaiden energian ja proteiinin saanti?
3. Mitä on hoivaosaston ravitsemushoito omahoitajien kuvaamana?
4. Millaisia ravitsemushoidon tavoitteita ikääntyvien asukkaiden hoitosuunnitelmissa on kirjattuna?
5. Millainen on ikääntyvien asukkaiden ravitsemustila tutkimuksen loppuvaiheessa?
6. Millainen kuvaus hoivaosastolla asuvien ikääntyvien asukkaiden ravitsemushoidon prosessista kehittämissä tuloksena syntyy?

5 RAVITSEMUSHOIDON KEHITTÄMISPROSESSI

5.1 Kehittämistehtävän toimintaympäristö

Kehittämisprosessi toteutettiin Oulun kaupungin yhdellä hoivaosastolla. Kyseessä on ympärivuorokautista hoitoa toteuttava hoivaosasto. Osastolla on 30 paikkaa, lisäksi käytössä on lisäpaikkoja riippuen siitä, mikä on hoivahoitoa odottavien jonotustilanne. Tässä kehittämistehtävässä hoidettavista käytetään käsitettä asukas. Aukkaat ovat monisairaita iäkkäitä ihmisiä. Keski-ikä tutkimuksen aloitusvaiheessa oli 85,9 vuotta. Dementoituvat sairaudet ovat suurin syy hoivahoidon tarpeelle. Suurin osa asukkaista ei kykene liikkumaan itsenäisesti, he tarvitsevat runsaasti apua päivittäisistä toiminnoista selviytyäkseen. Aukkaat ovat jatkuvan hoivan tarpeessa ja heille kaikille on tehty pitkäaikaishoidon päätös, joka tarkoittaa pysyvää sijoitusta hoivaosastolle.

Hoivaosastolle asukkaat tulevat osastolle SAS-työryhmän (selvitä-arvioi-sijoita) päätöksellä. Ikääntyvät päätyvät hoivahoitoon useimmiten alentuneen kognition vuoksi, jota aiheuttaa pääasiassa dementoituvat sairaudet. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen sekä koettu yksinäisyys ja puutteellisen asuminen ovat lisätekijöitä hoivahoidon tarpeelle. (Vaarama 2004, 168). Ikääntyvät tarvitsevat paljon apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista. He ovat pääsääntöisesti hoitohenkilökunnan ja omaisten tuen ja avun varassa. Dementoituvien sairauksien edetessä ikääntyvän kyky selviytyä ruokailusta omatoimisesti heikkenee. Heillä voi olla vaikeuksia ilmaista nälän ja janon tunnettaan sekä toivomuksiaan ruuan suhteen. Itsenäisten päätösten teko on vaikeutunut ja heidän puolestaan päätöksiä tekevät hoivahoitoon osallistuvat tahot.

Terveystenhoitojärjestelmässä toimintaa organisoidaan erityisten sääntöjen ja normien mukaisesti. Normatiiviset ja institutionaaliset säädökset määräävät ikääntyvien hoidon sisältöä ja toteuttamistapoja (Eriksson-Piela 2003, 31). Kunnallisessa päätöksenteossa päätetään ravitsemushoitoon käytetyistä määrärahoista ja siitä miten ne kohdennetaan. Hoivahoidon yksiköissä toteutetaan ravitsemushoitoa annettujen määrärahojen puitteissa ja niillä henkilöstöresursseilla mitä päätöksenteossa on päätetty.

Ravitsemushoito sisältää ravitsemuspalvelujen järjestämisen, ruokailun toteuttamisen ja ravitsemustilan arvioinnin sekä tarpeen mukaan ravitsemushoidon tehostamisen, ohjauksen ja toiminnan seuraamisen (Päivärinta & Haverinen 2002, 81). Hoivahoidossa suurin osa hoitohenkilökunnan työajasta kuluu asukkaiden fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen, kuten hygieniaan ja ruokailuun. Yksikön päivää rytmittävät omat ruokailuun liittyvät rutiinit ja ruokailuun liittyvää toimintaa säätelee myös yksikön ulkopuolisen ateriapalvelun aikataulut. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 115.)

Ruoka tuodaan keskuskeittiöltä kolme kertaa päivässä lämpölaatikoissa. Hoitohenkilökunta tarkistaa asukkaiden ruokavaliot tulovaiheessa sekä päivittävät mahdolliset ruokavaliomuutokset tarpeen mukaan. Ruokailut tapahtuvat pääsääntöisesti osaston kahdessa päiväsalissa, joiden yhteydessä on keittiötila. Päiväsaliin tuodaan ne asukkaat, joiden terveydentila mahdollistaa ruokailun yhteisissä tiloissa ja ne, jotka haluavat syödä yhteisissä tiloissa. Ruoka annostellaan osastolla kunkin asukkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, huomioiden ruokavaliot ja muut ruokailuun liittyvät rajoitteet. Ruuan annostelusta, tarjoilusta ja ruokailussa avustamisesta vastaa hoitohenkilökunta.

5.2 Kehittämistoimintaan osallistujat

Osaston henkilökuntaan kuuluu palveluesimies (osastonhoitaja) sairaanhoitajia ja perus/lähihoitajia. Henkilökunnasta suurin osa on perus/lähihoitajia. Lääkäri käy osastolla kaksi kertaa viikossa ja muina aikoina lääkäripalvelut hoidetaan puhelimitse. Hoitohenkilökunnan määrässä noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön suositusta henkilöstömitoituksesta, joka tarkoittaa henkilöstön ja hoidettavien asukkaiden välistä laskennallista suhdelukua (STM 2008, 50.) Hoitohenkilökunnasta on sairaanhoitajia 4 ja perus/lähihoitajia 14 eli yhteensä 18. Henkilöstön ja asukkaiden välinen laskennallinen suhdeluku on 18/30 eli 0,6 hoitajaa asukasta kohden vuorokaudessa. Valtakunnallinen suositus on 0,5-0,6 hoitotyöntekijää asukasta kohden vuorokaudessa (STM 2008, 36). Tässä kehittämistehtävässä hoitotyöntekijästä käytetään nimitystä hoitaja riippumatta siitä, mikä on työntekijän ammattinimike. Tällä halutaan varmistaa omahoitajakyselyn vastaajan anonymiteetti.

Osastolla jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitajapari. Omahoitajuus tarkoittaa osastolla sitä, että omahoitajat ovat vastuussa oman asukkaansa RAI-arvioinnin ja hoitosuunnitelman tekemisestä. Omahoitajat ovat ensisijaisesti yhteydessä hoidettavien omaisiin/läheisiin. Omahoitajat ovat mukana asukkaan hoitoneuvotteluissa, jossa suunnitellaan ja tarkistetaan asukkaan hoitamiseen liittyviä asioita. Hoitajilla voi olla useampia omia asukkaita, joille he toimivat omahoitajina.

Osasto on jaettu kolmeen tiimiin, tiiminvetäjänä toimii sairaanhoitaja. Jokainen tiimi pitää suullisen raportin aamuvuoron ja iltavuoron vaihtuessa sekä yhteisiä asioita käsitellään tiimikokouksissa tarvittaessa. Hoitajat työskentelevät pääsääntöisesti omassa tiimissään, mutta käyvät muissakin tiimeissä, jotta kaikkien asukkaiden hoitoon liittyvät tiedot pysyvät ajan tasalla.

5.3 Kehittämistehtävän eettiset kysymykset

Tutkimuksen tekemisessä eettiset seikat ovat merkittäviä. Tutkimusetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet eivät kosketa vain tutkimuksen tekijän asemaa, vaan koko tutkimusprosessia aina suunnittelusta julkaisemiseen asti. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–156.) Tutkimusaiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126).

Tämän kehittämistehtävän aiheen valintaan vaikutti julkinen keskustelu virhe- ja aliravitsemuksen esiintymisestä ikääntyvien hoitolaitoksissa. Myös hoitohenkilöstön ja omaisten huoli siitä saavatko hoidettavat ikääntyvät asukkaat riittävästi ruokaa vaikutti siihen, että ravitsemushoitoa tulisi tutkia ja kehittää osastollamme. Ravitsemushoidon kehittämisen tarvetta pohdittiin yhdessä osastokokouksessa ja kehittämisidean toteuttaminen käynnistyi tutkijan opintoihin liittyvänä opinnäytetyönä. Kehittämissuunnitelma esitettiin ensin osaston esimiehelle ja ohjaaville opettajille. Tämän jälkeen lopullinen suunnitelma esitettiin Oulun kaupungin sairaalan ja hoivahoidon palvelujohtajalle, joka myönsi luvan kehittämistehtävän toteuttamiselle suunnitelman mukaisesti.

Aineiston keruuseen, käsittelyyn ja raportointiin liittyi eettisiä kysymyksiä salassa pidettävyyden ja osallistujien anonymiteetin suojaamisen ohella. Kehittämisprosessissa kerättäisiin tietoa ikääntyvistä, joiden terveydentila oli huomattavasti heikentynyt, he eivät välttämättä kykene ilmaisemaan omaa suostumustaan tai heillä ei ole omaisia, joilta tutkimuslupa voitaisiin hankkia. Ikääntyvien ravitsemustilaa kuvattaisiin MNA-testin avulla, heidän ravinnonsaantiaan arvioitaisiin, omahoitajille suunnatulla kyselyllä haettaisiin tietoa ikääntyvien ravitsemushoidon toteuttamiseen liittyvistä tekijöistä sekä tietoa siitä miten ravitsemushoidon tavoitteet ilmenevät asukkaille tehdyissä hoitosuunnitelmissa.

Nämä edellä mainitut asiat herättivät eettistä pohdintaa ja keskustelua käytiin kehittämiskohteena olevalla osastolla. Pitäisikö jättää tutkimatta, mikäli asukas ei kykene ilmaisemaan suostumustaan tai kieltäytymistään tai hänellä ei ole omaisia, jotka asian päättäisivät? Olisiko eettisesti väärin jättää tutkimatta, mikäli kehittämistehtävän avulla voitaisiin vaikuttaa myönteisesti asukkaan ravitsemustilaan, ravinnon saantiin sekä ravitsemushoidon kehittämiseen osastolla?

Yhteisesti päätettiin toteuttaa kehittämistehtävä siten, että esittelen tutkimuksen ja tarkoituksen asukkaille ja heidän omaisilleen. Heille kerrottiin, että asukasta koskevia tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Asukaista kukaan ei kieltäytynyt ja omaiset antoivat mielellään suostumuksen kehittämistehtävän suorittamiselle. Kehit-

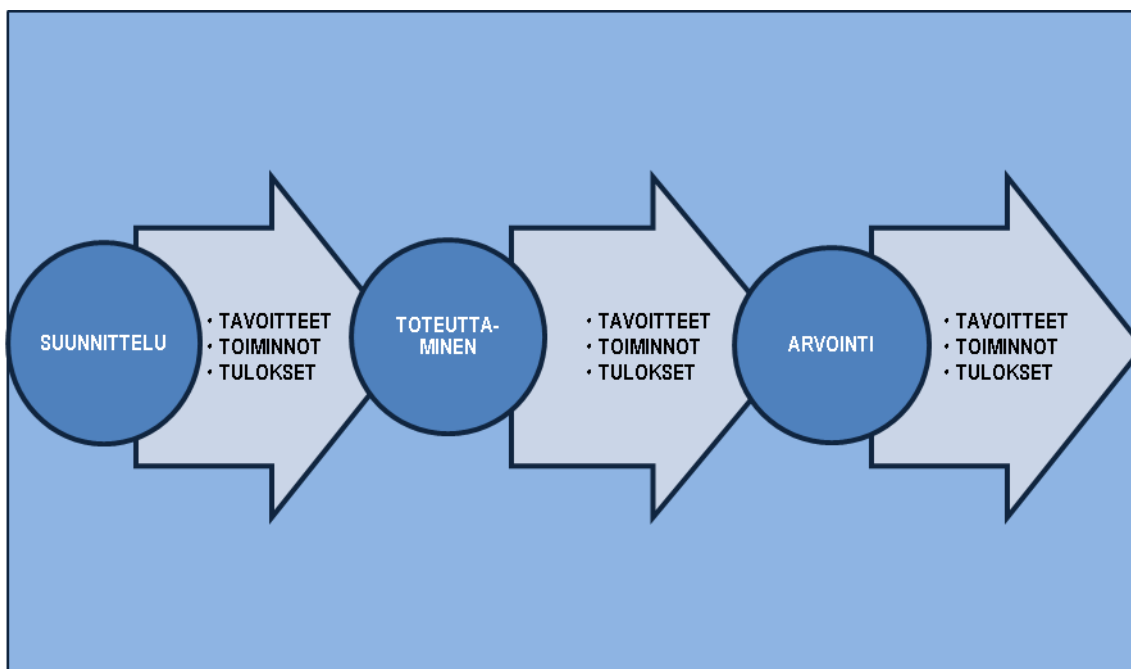
tämisprosessissa ei käytetä mitään sellaisia menetelmiä, joista olisi vaaraa asukkaille. Osallistujien henkilötietoja ei käsitellä, eikä yksittäisiä henkilöitä voi tunnistaa tuloksista.

Kehittämistehtävässä eettisiin kysymyksiin kuuluu pohtia myös, mikä on tutkijan rooli suhteessa tiedonantajiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39). Olin tutkijana tiiviisti mukana toteuttamisessa, toimien sairaanhoitajan tehtävissä. Tärkeimmät tiedonantajat kehittämisprosessin aikana olivat hoitajat, jotka työskentelivät yhdessä kanssani. Tutkijana toimin kehittämisprosessin ohjaajana ja koordinaattorina sekä tulosten analysoijana ja raportoijana.

Tutkijana pohdin myös kehittämisprosessin aiheuttamaa lisätyötä hoitajille. Suunnitteluvaiheessa oli tiedossa, että prosessin suorittamiseen ei saada lisäresursseja, se tulee toteuttaa normaalin päivätyön ohessa. Tutkijana pyrin valmistelevaan jokaisen intervention siten, että aineiston keruu olisi mahdollisimman helppoa ja eikä lisää hoitajien työtä kohtuuttomasti. Hoitohenkilökunnalle järjestettiin ravitsemushoitoon liittyvää toimipaikkaohjausta pienryhmissä. Ohjaus toteutui osastokokouksissa ja tiimipalaverissa sekä päivittäisen raportointien ja hoitotilanteiden yhteydessä.

5.4 Kehittämisprosessin vaiheet

Kehittämisprosessin etenemisvaiheiden kuvauksessa on hyödynnetty Sarajärven ym.(2011) kehittämisprosessin vaiheiden kuvausmallia (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 111–135, kuvio 1). Prosessin vaiheiden kuvaaminen kuvio- ja taulukkomuotoon antaa selkeämmän kuvan kehittämisprosessin etenemisestä. Kehittämisprosessin kuvaus sisältää jokaisen aineiston keruuvaiheen suunnittelun, toteuttamisen ja tulosten arvioinnin. Prosessi sisältää viisi vaihetta ja näiden kuvaukset on omissa kappaleissaan.



KUVIO 1. Kehittämisprosessin vaiheet.

5.5 Kehittämisprosessin suunnitteluvaihe

Idea kehittämistehtävästä sai alkunsa julkisesta keskustelusta ikääntyvien heikentyneestä ravitsemustilasta pitkäaikaishoidossa sekä omaisten huolesta siitä, että saavatko osastolla hoidettavat asukkaat riittävästi ruokaa. Kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten mukaan osa ikääntyvistä on aliravittuja tai riskissä virhe- tai aliravitsemukselle. Eniten virheravitsemusta esiintyy hoitolaitoksissa asuvilla ikääntyvillä.

Halu tutkia ja kehittää ikääntyvien ravitsemushoitoa heräsi työyhteisössäni. Opiskelu Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelmassa (ylempi AMK) mahdollisti opiskelun ja työn yhdistämisen käytännönläheiseen kehittävään tutkimukseen tekemiseen. Kehittämistehtävän aihe valikoitui koulutuksen aloitusvaiheessa syksyllä 2005. Kehittämistehtävän idean ja aiheen esitin koulutusohjelman seminaarissa ja työpaikallani tammikuussa 2006. Kehit-

tämistehtävän aiheen esittäminen työyhteisössä sai positiivisen vastaanoton niin johdon kuin hoitohenkilöstön osalta. Rajasin kehittämistehtävän toimintaympäristön käsittämään yhden osaston. Valitsin oman osaston kehittämiskohteeksi siksi, että kehittämisprosessia olisi helpompi viedä eteenpäin normaalin päivätyön ohessa. Tämä siksi, että kehittämisprosessin suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi tapahtuivat siellä, missä tutkimus toteutettiin. Pienemmän tutkimusyksikön valinta helpotti myös sitä, että kehittämisprosessiin voitiin liittää erilaisia osa-alueita, kuten ravitsemustilan- ja ravintoaineiden saannin mittaaminen, omahoitajien kyselyn sekä ravitsemushoidon tavoitteiden tarkastelun. Ravitsemushoidon kokonaistilanteen kuvaus antaisi laajemman kuvan ravitsemushoidon kehittämiseen.

Päätin jo alkuvaiheessa, että haluan hoitohenkilöstön mukaan ravitsemushoidon kehittämiseen omalla osastollamme. Halusin heidät mukaan siksi, että heillä on paljon tietoa, taitoa ja työkoemusta ikääntyvien hoitamisesta hoivaosastolla. Hoitohenkilökunnan ravitsemushoitoon liittyvän ns. hiljaisen tietotaidon esiin nostamisen koin tärkeäksi. Kokemuksen myötä hankitut tiedot ja taidot on hyvä siirtää myös kirjalliseen muotoon, jotta ne olisivat mahdollisimman monen ikääntyvien hoitoon osallistuvan hyödynnettävissä, kun ravitsemushoitoa kehitetään ja toteutetaan.

Osallistavan toimintatutkimusmenetelmän ajattelin vaikuttavan siihen, että kehittämisprosessin eri vaiheissa käytettyjen menetelmien siirtyminen käytäntöön helpottuisi. Hoitohenkilökunnan mahdollisuus osallistua tutkimustyöhön voisi lisätä kiinnostusta ravitsemushoidon kehittämiseen, kuten ravitsemustilan arviointiin ja ravintoaineiden tarpeen tunnistamiseen sekä ravitsemushoidon vaikutusten arviointiin. Antamalla hoitohenkilökunnalle mahdollisuus osallistua kehittämistyöhön voisi vaikuttaa myös siihen, että työ koetaan mielekkääksi ja oman työn kehittämisellä voidaan vaikuttaa ikääntyvien ravitsemushoidon kehittymiseen. Kun kehittämistehtävän aihe, tutkimusympäristö ja tutkimusmenetelmä olivat selvillä, oli aika ryhtyä etsimään lisää tietoa tutkittavasta aiheesta sekä menetelmistä, millä voitaisiin lähteä viemään kehittämistyötä eteenpäin. Oli myös selvitetävä lupa-asiat ja laadittava suunnitelma sekä sovittava aikatauluista.

Toimintatutkimukselle on tyypillistä se, että tutkimus etenee sylkimäisesti, jossa vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja arviointi. Myös tässä kehittämisprosessissa oli useita vaiheita, joiden aikana tapahtui suunnittelua, toimintaa ja arviointia, jotka tapahtuivat osittain yhtä aikaa ja erikseen. Alkuperäisiä alustavia suunnitelmia ja toteutuksia jouduttiin tarkentamaan ja selventämään sekä arvioimaan uudestaan prosessin aikana. Kehittämistehtävän suunnitteluvaiheen tavoitteet, toteutus ja tulokset on kuvattuna taulukossa kaksi.

TAULUKKO 2. Suunnitteluvaiheen tavoitteet, toiminnot ja tulokset.

Suunnitteluvaihe	Eteneminen
Tavoitteet	Kehittämistehtävän suunnittelu -aiheen valinta ja perustelu -tutkimuksen tavoitteet -tutkimuskohteen valinta -tutkimuksen ajankohta -tutkimuksen toteuttaminen
Toiminnot	Aiheen esittäminen työyhteisössä Tutkimukseen osallistuvien valinta (asukkaat ja hoitajat) Tutkimusmenetelmän valinta Ravitsemustilaa kuvaavan mittarin valinta ja testaus Ruoka-ainemittauksen suunnittelu ja lomakkeen laadinta Omahoitajien kyselyn suunnittelu ja kyselylomakkeen laadinta Hoitosuunnitelmien valinta Arviointimenetelmien valinta Suunnitelman laadinta
Tulokset	Kehittämissuunnitelma Tutkimuslupa Päätökset: -kohde, hoivaosaston asukkaat ja hoitajat -menetelmä, osallistava toimintatutkimus -käytetään MNA-mittaria ravitsemustilan arvioinnissa (alku- ja loppukartoitus), painon muutokset, BMI muutokset, tulokset arvioidaan kvantitatiivisesti -käytetään tätä tehtävää varten suunniteltua ruoka-ainemittauslomaketta, mittaustulokset arvioidaan kvantitatiivisesti -käytetään tätä tehtävää varten suunniteltua kyselylomaketta omahoitajille, arviointimenetelmänä on kvalitatiivinen sisällön analyysi -ravitsemushoidon tavoitteiden tarkastelu, arviointimenetelmänä kvalitatiivinen sisällön analyysi

5.4.1 Ravitsemustilan mittauksen suunnittelu

Suunnitteluvaiheen ensimmäisenä tehtävänä oli löytää sopiva mittari ikääntyvien ravitsemustilan mittaamiseen. Aikaisempiin kansainvälisiin ja kotimaisiin tutkimuksiin tutustuminen ja perehtyminen antoivat tietoa siitä, miten tutkimuksia oli aikaisemmin tehty ja millaisilla mittareilla ravitsemustilaa oli mitattu. Hain erityisesti pitkäaikaishoidossa asuvien ikääntyvien ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä mittareita ja niihin liittyvää tietoa. Ikääntyvien ravitsemustilan arviointiin on kehitetty useita arviointimenetelmiä. Tähän kehittämistehtävään soveltuvin mittari oli Mini Nutrition Assessment (MNA)-mittari, joka on kehitetty ikääntyvien (>65) vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin (Guigoz ym. 1996).

MNA-mittari on helppokäyttöinen, käytännöllinen, kustannustehokas ja nopea ikääntyneiden ravitsemustilan arviointimenetelmä (Vellas ym. 2000). MNA-mittari on validoitu kolmessa perättäisessä tutkimuksessa yli 600

vanhuksella (Guigoz ym. 1996, Stechmiller 2003). Ikääntyvien ravitsemustilaa mitattaessa MNA-mittarin etuna on, että sillä ei mitata pelkästään antropometrisiä suureita ja ravinnonottoa, vaan mittari sisältää muitakin ikääntyvän fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ympäristöön liittyä seikkoja (Räihä 2005, 321).

Mittarin valintaan vaikutti se, että se on helppokäyttöinen ja sitä on käytetty vastaavissa suomalaisissa hoitoyksiköissä, joten mittauksia olisi helppo vertailla. MNA-lomake ja siihen liittyvän arviointimenetelmä esitettiin työyhteisössä ja se todettiin hyväksi ja nopeasti käytettäväksi normaalin työn ohessa. Lisäksi lomakkeen täyttämiseen oli olemassa Internetistä saatavat käyttöohjeet, jotka helpottivat testin suorittamista.

Osastokokouksessa keväällä 2006 päätettiin että, MNA-lomakkeen käyttöä esitestataan elokuussa 2006. Testaukseen saatiin lähiesimiehen suullinen lupa. Testiin osallistuvien asukkaiden valinta herätti eettistä keskustelua työyhteisössä. Päätettiin, että otetaan mukaan kaikki osastolla asuvat ikääntyvät, joiden terveydentila mahdollistaa istumisen istumavaakalla. Punnitseminen ei saa tuottaa kipua ja huonoa oloa sekä asukas pystytään siirtämään istumavaakalle käytössä olevien apuvälineiden avulla.

Varmistin, että MNA-lomaketta saa käyttää. Käyttö on luvallista, koska se on vapaasti saatavilla Internetin kautta. Tulostin testausta varten MNA-lomakkeet Internetistä. Testauksesta keskusteltiin osastokokouksessa ja sovittiin yhdessä, että asukkaiden omahoitajat täyttävät lomakkeet tiimivastaavien ja tutkijan avulla. Lomakkeella oli muutamia kysymyksiä, joihin tarvittiin vielä tarkennusta (seulontaosan kysymykset A ja E). Esitestauksessa käytettiin MNA-testin vanhempaa versiota, jossa ei ollut mukana käyttöohjeita. Selvitin aikaisemmin samaa MNA-testiä käyttäneeltä tutkijalta, mitä tarkennusta vaatineet kysymykset tarkoittivat ja mitä niihin vastaamisessa oli huomioitava.

Esitestauksessa testattiin 28 asukasta. Yksi testatuista sai pisteet, joiden perusteella hänellä oli hyvä ravitsemustila. Asukkaista seitsemällä oli vajaaravitsemustila ja 20:llä oli riski vajaaravitsemukselle. MNA-testin tulokset esitettiin osastokokouksessa ja niitä verrattiin aikaisempiin tutkimuksiin. Testin tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa, joten päätettiin, että MNA-testiä käytetään ravitsemustilan arvioinnissa tulevassa ravitsemushoidon kehittämisprosessin alku- ja loppukartoituksessa.

5.4.2 Ravintoainemittauksen suunnittelu

Ikääntyvien ravitsemustilaa kuvaavan MNA-testin perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä ruokavaliosta tai ravinnonsaannista (Suominen 2006, 58). Ravitsemushoidon kehittämiseksi tarvitaan tietoa ikääntyvien ravintoaineiden saannista, tämä voidaan tehdä arvioimalla ja kartoittamalla mitä ja kuinka paljon ikääntyvä syö ja juo (Haapa & Pölönen 2002, 21, Suominen, 2006, 6). Aikaisemmissa ikääntyvien ravitsemustilaa kuvaavissa tutkimuksissa on selvitetty, että ikääntyvillä on puutteita erityisesti energian ja proteiinin saannissa (Pitkälä ym. 2005, 5266). Ikääntyvien ravitsemussuositusten mukaan ravitsemussuunnittelussa painopisteitä ovat energian saannin turvaamisen lisäksi proteiinin, kuidun, ravintoaineiden ja nesteen riittävän määrän varmistaminen (Suominen 2010a, 9).

Ravintoaineiden saantia voidaan mitata erilaisilla tutkimusmenetelmillä, kuten ruokapäiväkirjalla tai ruoankäyttöön liittyvillä haastatteluilla ja kyselyillä. Menetelmän valinnassa tulee tietää minkä tasoista tietoa tarvitaan sekä tutkittavien henkilöiden ikä ja kunto sekä käytettävissä olevat tutkimusvoimavarat. (Männistö & Pietinen 2005, 38.) Yhtenä tutkimusmenetelmänä voidaan käyttää yksilön keskimääräisen ruoankäytön oikeaa tasoa, jossa halutaan tietää, kuinka paljon henkilö saa ravinnostaan energiaa ja proteiinia. Tutkimusmenetelmä sisältää kaksi vaihetta, ruoka-aineiden mittaamisen ja ravintoaineiden laskemisen. Tiedon keräämisessä käytetään esimerkiksi ruokapäiväkirjalomaketta, johon kirjataan nautitut ruuat ja juomat tietyssä ajankohtana. Ajanjakso voi olla yhdestä päivästä muutamaan päivään, kerättävän tiedon tarve määrittelee ajanjakson pituuden. Tavotteena on selvittää jokaisesta nautitusta ruuasta tai juomasta, mitä syödään tai juodaan ja kuinka paljon. Ruuat ja juomat punnitaan kumulatiivista tekniikkaa käyttäen ja kirjataan heti aterioiden yhteydessä. (Männistö & Pietinen 2005, 38–40.)

Ruoka-aine – ja ravintoainemittauksen toteuttamisen suunnitteluun osallistui osaston henkilökuntaa sekä ateriapalveluiden henkilökuntaa. Yhdessä suunniteltiin, miten mittaus toteutetaan sekä, miten mittauslomakkeet toimitetaan ateriapalveluun ja sovittiin aikataulusta. Mittauksen ajankodaksi sovittiin maaliskuu 2007. Ajankohdasta tarkennettiin vielä siten, että mittaukset tehdään kahden viikon aikana ja arkipäivinä. Tutkija yhdessä tiimivastaavien kanssa valitsi ne asukkaat, jotka ovat ruoka-ainemittauksessa mukana ja ne hoitajat, jotka suorittavat mittauksia. Ruoka-ainemittaus toteutettiin osastolla ja ateriapalveluissa laskettiin mittaustulosten pohjalta asukkaan ravintoaineiden saanti yksilöllisesti.

Ruoka-aineiden mittausta varten hain tietoa aikaisemmista vastaavista tutkimuksista. Tähän tutkimukseen sopivaa valmista ruoka-aineseurantalomaketta ei ollut saatavilla. Suunnittelin osaston ruokailuaikataulujen pohjalta oman lomakkeen ja esittelin sen osastokokouksessa hoitohenkilökunnalle. Lomakkeeseen tehtiin

pieniä muutoksia, esimerkiksi lisää tyhjiä rivejä, joihin voidaan kirjata niitä ruokalajeja, joita lomakkeella ei ollut esitetytynä. Ruoka-ainemittauslomake on liitteenä. (Liite 1)

Mittauksen keskeisenä tavoitteena oli selvittää hoivaosastolla olevien asukkaiden energian ja proteiinin saantia. Tavoitteena oli myös se, että hoitajat saisivat kokemusta ruoka-aineiden mittaamisesta. Ravintoainemittauksista saatuja tuloksia ja hoitajien saamaa kokemusta mittauksen toteuttamisesta voidaan hyödyntää jatkossa ravitsemushoidon kehittämisessä.

5.4.3 Omahoitajakyselyn suunnittelu

Kyselytutkimuksen tavoitteena oli saada hoitotyön näkökulmasta mahdollisimman rikas ja syvä kuvaus asukkaiden ravitsemushoidon nykytilasta omahoitajien kuvaamana. Kyselytutkimuksen tarkoitus ja tavoite esiteltiin henkilökunnalle huhtikuussa 2007 osastokokouksessa, jossa sovittiin yhdessä myös kyselytutkimuksen aikataulu. Sovittiin, että jokaisen tutkimuksessa sillä hetkellä mukana olevan asukkaan omahoitajapari vastaa kyselytutkimuksen vastauksiin. Omahoitajat valittiin tiedonantajiksi siksi, että heillä on eniten tietoa ja kokemusta asukkaan voinnista ja hoitamisesta.

Perehdyin aikaisempiin kyselytutkimuksiin sekä laadullisiin ja määrällisiin tutkimuksiin. Kyselytutkimus osoitautui sopivaksi vaihtoehdoksi kerätä tietoa hoitohenkilökunnalta. Yksi tapa on kerätä aineistoa standardoidulla kyselyllä, jossa kysely kohdistetaan tietylle kohdejoukolle. Tutkittavaa asiaa kysytään kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Kyselytutkimukseen osallistujat valitaan sen mukaan, kuka parhaiten tietää kokemuksellisesti tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tärkeää on, että osallistujat osaavat ja haluavat kuvata ilmiötä. (Kylmä & Juvakka 2007, 58–59, 64.)

Kyselylomakkeen suunnittelussa tiedettiin tuleva kohdejoukko (omahoitajat), joka huomioitiin kysymysten asettelussa. Omahoitajat voivat kirjoittaa omaan tietotaitoon ja kokemukseen perustuvaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ravitsemushoidon kehittämisessä. Hoitajilla on usein ns. hiljaista tietoa, jota käyttävät eri tilanteissa. Hiljaisen tiedon esille nostaminen ja sen kuvaaminen sanalliseen muotoon tarvitsee tutkimusta avukseen.

Tiedon kerääminen edellyttää, että kyselylomake suunnitellaan siten, että sen täyttäminen on helppoa ja sen avulla voidaan luotettavasti kuvata tutkittavaa ilmiötä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 193). Hoitajille suunnattujen kysymysten teoreettisena tausta-ajatuksena on hoitotyön prosessimenetelmä. Hoitotyössä prosessimenetelmä toimii hoitotyönsuunnittelun jäsentäjänä käytännön työssä. Hoitotyössä prosessiin kuuluu

hoidettavan voimavarojen, tarpeiden ja hoidollisten ongelmien kartoittamista, hoitotyön suunnittelua, toteuttamista ja arviointia. (Hallila 1998, 41, Iivainen ym. 1998, 38.)

Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin ravitsemushoitoon liittyvän teoreettisen tiedon ja aikaisempien ravitsemushoitoon liittyvien tutkimusten perusteella. Kysymysten muotoilussa hyödynnettiin osastolla käytettävää RAI-arviointia ja sen pohjalta tehtyjä hoitosuunnitelmia. Kyselylomakkeen kysymykset kohdennettiin ravitsemushoitoon siten, että saadaan hoitajien kuvaus siitä, mitkä tekijät, kuten asukkaiden ravitsemukseen liittyvät ongelmat ja voimavarat vaikuttavat asukkaan ravitsemushoidon toteuttamiseen sekä millaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä voidaan tukea asukkaan selviytymistä ruokailusta. Lisäksi pyydettiin kuvausta siitä, miten ravitsemushoitoa kirjataan ja arvioidaan sekä millaista yhteistyötä tehdään ravitsemushoitoon osallistuvien välillä.

Esitin kyselylomakkeen kysymykset osaston esimiehelle ja tiimivastaavalle. Heidän antaman palautteen mukaisesti tarkensin ja kirjoitin kysymykset lopulliseen muotoonsa. Kyselylomake omahoitajille on liitteenä. (Liite 2) Kyselylomakkeen tueksi keräsin tietoa ravitsemushoidosta. Tiedot keräsin useista eri tutkimuksista ja ravitsemukseen liittyvistä kirjoista, jotka ovat tämän loppuraportin lähdeluettelossa. Kerätystä tiedoista tein listan, jonka tulostin kyselylomakkeen liitteeksi. (Liite 3)

Kyselyn muotona voidaan käyttää kontrolloitua kyselyä, jossa tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti ja samalla kertoo tutkimuksen tarkoituksesta ja selostaa kyselyä sekä vastaa kysymyksiin, joita vastaajat esittävät (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 193). Esitin kyselytutkimuksen ja lomakkeen henkilökunnalle osastokokouksessa huhtikuussa 2007, samalla sovittiin aikataulusta ja siitä kenen asukkaan omahoitajat ovat mukana kyselytutkimuksessa.

Kyselytutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten ravitsemushoitoon liittyvät osa-alueet ilmenevät ravitsemushoidon toteuttamisessa. Millaisia asukkaan ongelmia ja voimavaroja omahoitajat kuvaavat ja millaisia auttamismenetelmiä käytetään asukkaiden ravitsemushoidossa? Miten yhteistyö muiden ravitsemushoitoon osallistuvien välillä toteutuu ja mitä ravitsemushoidosta kirjataan tietojärjestelmiin sekä miten ravitsemushoidon toteuttamista seurataan? Aineiston analyysi suoritettaisiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Analyysin tekee tutkija ja esittelee tulokset loppuraportissa.

5.4.4 Ravitsemushoidon tavoitteiden selvittäminen

Hoivahoidossa olevalle ikääntyvälle asukkaalle tehdään hoitosuunnitelma, joka perustuu asukkaan tilan ja voimien/lähtötilanteen analysointiin sekä asukkaan tarpeiden ja voimavarojen ja keskeisen toimintakykyä heikentävien tekijöiden määrittelyyn (Voutilainen 2004, 26). Uuden asukkaan tullessa, valitaan hänelle kaksi omahoitajaa, jotka ovat vastuussa asukkaan hoitosuunnitelman laatimisesta ja jatkossa hoitosuunnitelman seurannasta ja arvioimisesta. Omahoitajat järjestävät uuden asukkaan tullessa hoitosuunnittelukokouksen, jossa on mukana lähiomainen, omahoitajat ja lääkäri sekä hoidettava asukas. Kokouksessa käsiteltyjen asioiden ja RAI (Resident Assessment Instrument)-tietojärjestelmästä saadun arvioinnin pohjalta tehdään asukkaalle kirjallinen hoitosuunnitelma.

Hoidon tarpeen määrittystä varten arvioinnista saadaan tietoa asukkaan ongelmista ja voimavaroista ns. RAPs (Resident Assessment Protocols)-listan avulla. Listauksessa on 18 osa-aluetta, joista ohjelma aktivoi ne osa-alueet (voimavarat/ongelmat), jotka vaativat lähempää tarkastelua. Omahoitajat käsittelevät kaikki aktivoidut alueet ja valitsevat ne osa-alueet, joihin voidaan hoidossa vaikuttaa. (Vähäkangas ym. 2005, 150–154.) RAI-arvioinnista saadaan myös RAI-mittarit, joita voidaan hyödyntää hoitosuunnitelmassa. RAI-mittarit ovat laatuindikaattoreita, jotka kuvaavat hoidon laatua ongelman läsnäololla tietyinä ajankohtana tai ongelman ilmaantumista tietyllä aikavälillä. (Finne-Soveri ym. 2005, 22–24.)

Laatuindikaattoreita ovat mm.:

Kognitio (CPS)

Fyysinen toimintakyky (ADL)

Masennus (DRS)

Ravitsemus (BMI)

Sosiaalinen aktiivisuus (SES)

Kipu (Pain Scale)

Ongelmat ja voimavarat (RAPs)

Valituille RAPs osa-alueille ja RAI-mittareille asetetaan realistiset ja konkreettiset mitattavissa olevat tavoitteet asukasnäkökulma huomioiden. Hoidon tavoitteiden määrittelyn jälkeen valitaan hoitotyön auttamismenetelmät, joiden avulla asetetut tavoitteet on saavutettavissa. (Vähäkangas ym. 2005, 150–154.)

Hoitotyön toimintaan liittyy oleellisesti arviointi, joka liittää hoitotyön prosessin osat toisiinsa. RAI:n kokonaisarviointi tehdään puolivuositain tai asukkaan voimien oleellisesti muuttuessa. Uudesta arvioinnista saatuja tulok-

sia verrataan RAI-ohjelmiston vertailutoiminnon avulla. Sen avulla voidaan vertailla ja arvioida miten asetetut tavoitteet on saavutettu ja mitä muutoksia asukkaalle on tapahtunut hoitojakson aikana. Tulosten perusteella päivitetään tai laaditaan uusi hoitosuunnitelma. (Vähäkangas ym. 2005, 150–154.)

Asukkaiden hoitosuunnitelmien lähempään tarkasteluun valittiin ne asukkaat, jotka olivat mukana koko ravitsemushoidon kehittämis- ja tutkimusprosessin aikana. Hoitosuunnitelmien tarkastelussa on mukana 18:sta asukkaan hoitosuunnitelmat. Hoitosuunnitelmista oli tarkoituksena tarkastella millaisia ravitsemushoidon tavoitteita on kirjattuna hoitosuunnitelmiin. Aineiston analyysi suoritettaisiin aineistolähtöisen sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Analyysin tekee tutkija ja esittelee tulokset loppuraportissa.

5.4.5 Ravitsemushoidon loppuarvioinnin suunnittelu

Kehittämistehtävän liittyä toiminnan loppuarviointi, jossa tarkastellaan tehtyjen interventioiden vaikuttavuutta. Alkuperäisenä ajatuksena oli toteuttaa asukkaille aikaisempien interventioiden tulosten pohjalta ravitsemushoidon tehostaminen. Niille asukkaille joiden tulokset MNA-mittauksessa osoittivat virheravitsemusriskin ja ravintoaineiden saannin mittauksessa osoittivat vajeita energian ja proteiinin saannissa, suunniteltiin aloitettavaksi ravitsemushoidon tehostaminen. Alkuperäistä suunnitelmaa jouduttiin muuttamaan, koska asukkaiden luonnollinen poistuma sekä muutokset hoitohenkilökunnassa vaikeuttivat ravitsemushoidon tehostamisen suunnitelmallista toteuttamista. Asukkaiden ravitsemushoidossa kuitenkin huomioitiin aikaisemmat tulokset ja niiden pohjalta ruokavalioon lisättiin energiaa ja proteiinia ja osalle asukkaista tarjottiin lisäravinnejuomia välipaloina.

Tässä kehittämistehtävässä asukkaille suunniteltiin tehtäväksi ravitsemustilan loppuarviointi. Loppuarvioinnin ajankohdaksi sovittiin elokuu 2007. Loppuarvioinnissa käytetään samaa MNA-mittaria kuin alkukartoituksessakin ja mittauksen suorittavat kunkin asukkaan omahoitajat. Lisäksi otetaan mukaan painonmuutosten arviointi, jossa on mukana asukkaiden painot, jotka on mitattu tammikuussa MNA-mittauksessa, omahoitajakyselyssä toukokuussa sekä elokuussa MNA-mittauksessa. Ravitsemustilan arviointiin otettiin mukaan myös MNA-mittauksen yhteydessä lasketut painoindeksit. Ravitsemustilan loppuarvioinnissa ja painon sekä BMI:n muutosten arvioinnissa ovat mukana ne asukkaat, jotka ovat olleet mukana koko kehittämis- ja tutkimusprosessin ajan. Tulosten arvioinnin ja analyysin tekee tutkija ja tulokset esitetään loppuraportissa.

5.6 Kehittämisosaston toteuttamisvaihe

Tässä kappaleessa kuvataan kehittämisprosessin toteuttamisvaiheet. Taulukkoon kolme on kuvattuna toteuttamisvaiheen tavoitteet, toiminnot ja tulokset.

TAULUKKO 3. Toteutusvaiheen tavoitteet, toiminnot ja tulokset.

Toteutusvaihe	Eteneminen
Tavoitteet	Ravitsemustilan selvittäminen MNA-mittarilla (alkukartoitus), BMI, muutokset painossa Ravintoaineiden saannin selvittäminen vajaaravitsemusriskissä olevilta Omahoitajien kuvaus ravitsemushoidosta Selvittää ravitsemushoidon tavoitteiden kuvaus hoitosuunnitelmista Ravitsemustilan selvittäminen MNA-mittarilla (loppukartoitus)
Toiminnot	Ravitsemustilan mittaus ja tulosten analysointi 1/2007 Suunnittelukokous ateriapalvelujen kanssa 2/2007 Ravintoaineiden saannin mittaus ja tulosten analysointi 3/2007 Kyselyn esittely- ja suunnittelukokous 4/2007 Omahoitajien kyselyn toteuttaminen ja tulosten analysointi 5/2007 Ravitsemushoidon tavoitteiden tarkastelu ja tulosten analysointi 8/2007 Ravitsemustilan mittaus ja tulosten analysointi 8/2007
Tulokset	Kooste asukkaiden ravitsemustilasta (alkukartoitus) Kooste ravintoaineiden saannista Kooste omahoitajien vastauksista Kooste ravitsemushoitoon liittyvistä tavoitteista Kooste ravitsemustilasta (loppukartoitus)- MNA-mittaus, painonmuutokset ja BMI muutokset

5.6.1 Ravitsemustilanmittaus hoivaosastolla

Tulostin MNA- lomakkeet ja käyttöohjeet Internetistä. Ravitsemustilan mittauksen ja sen tarkoituksen esittelin mittaukseen osallistuville asukkaille. Ravitsemustilan alkukartoitus tehtiin tammikuussa 2007 ja mittauksen suorittivat omahoitajat yhdessä tutkijan kanssa. Suoritin mittauksessa MNA-lomakkeen arviointiosuudessa olevien kysymysten Q ja P mittaukset. Kysymykset liittyivät olkavarren ja pohkeen ympärystämittauksiin. Keräsin lomakkeet ja tarkistin, että kaikkiin kysymyksiin oli vastattu ja tarkensin omahoitajilta jos vastauksissa oli epäselvyyttä. Mittaustulokset laskin manuaalisesti ja esittelin tulokset hoitohenkilökunnalle osastokokouksessa helmikuussa 2007. Ravitsemustilan tulokset on kuvattuna kappaleessa 6.

5.6.2 Ruoka-ainemittaus hoivaosastolla

Ruoka-ainemittaukseen valittiin asukkaat tammikuussa 2007 tehdyn MNA-testin perusteella. Kohdejoukoksi valittiin sellaiset asukkaat, jotka olivat virheravitsemusriskissä (pisteet 17,5–23,5). Kohdejoukkoa tarkennettiin vielä siten, että valittiin ne asukkaat, joiden pisteet olivat alle 20. Ruoka-ainemittaukseen otettiin kymmenen asukasta, joiden pisteet MNA-testissä olivat 17–19,5. Heillä virheravitsemuksen riskin ajateltiin olevan suurin. Perusteluna valinnalle oli se, että aikaisempien tutkimusten mukaan virheravitsemusriskissä olevien ravitsemustilaa on helpompi korjata kuin niiden, jotka ovat jo virhe- tai aliravitsemustilassa (Vellas ym. 1999, 116).

Mittaus toteutettiin maaliskuussa 2007 kahden viikon aikana. Jokaisena arkipäivänä mitattiin yhden asukkaan ruoka-ainemäärät. Tämä sen vuoksi, että arkipäivisin oli enemmän henkilökuntaa ja keskittymällä yhden asukkaan yhden päivän ruoka-ainemittaukseen voidaan varmistaa luotettavampi mittaustulos. Ennen varsinaisia mittauksia harjoittelin yhdessä hoitajien kanssa digitaalisen vaakan käyttöä ja miten ruoka-ainemäärät kirjataan lomakkeelle. (Liite 1)

Kunkin asukkaan kohdalla mitattiin yhden päivän kaikilla aterioilla nautitun ruuan (grammoina) ja nesteen (desilitroina) määrä. Tähän sisältyi aamupala, lounas, päiväkahvi sekä iltaruoka ja muut tarjotut välipalat, jotka kuuluvat osaston valikoimaan. Lisäksi mitattiin kaikki muut, jotka eivät sisälly osaston omaan tarjontaan esim. omilla varoilla hankitut tai omaisten tuomat hedelmät, makeiset ja leivonnaiset, joita asukkailla oli omissa huoneissaan. Hoitajat suorittivat mittauksen ja kirjasivat tulokset lomakkeelle. Tarkastin täytetyt lomakkeet ja toimitin ne ateriapalveluun. Tulokset syötettiin ateriapalvelujen Atk-ohjelmaan, joka laski asukkaille yksilölliset ravintoainetulokset.

Tein koosteen ravintoainemittauksen energian ja proteiinin saannin tuloksista Excel-taulukkaan. Taulukkaan lisäsin myös Valtion ravitsemusneuvottelukunnan energian ja proteiinin tarvetta kuvaavat suositukset (VRNb 2010, 33–34). Jokaiselle 10 asukkaalle laskin energian ja proteiinin tarpeen sekä mikä oli näiden saanti ravintomittauksen perusteella. Kooste mittaustuloksista on kuvattuna kappaleessa kuusi.

5.6.3 Omahoitajien kysely hoivaosastolla

Omahoitajien kyselyn tavoitteet ja toteuttamistapa sekä ajankohta oli esitelty ja sovittu osastokokouksessa 4/2007. Kyselyä varten oli laadittu lomake (liite 2), jonka toimitin kyselyyn osallistuville omahoitajapareille. Samalla käytiin vielä yhdessä läpi lomakkeen kysymykset ja tarkennettiin ne asukkaat, joiden ravitsemushoitoa omahoitajat kuvaavat.

Ravitsemushoidon kokonaistutkimuksessa oli 18 asukasta mukana toukokuussa 2007. Kyselyn vastausaikaa oli koko toukokuu. Omahoitajaparit vastasivat kyselyyn normaalin työajan puitteissa. Kyselyyn osallistui sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Heillä kaikilla on pitkä työkokemus ikääntyvien hoitotyöstä. Keräsin kyselyn vastaukset ja tein niistä alustavan koosteen sisällön analyysiä varten. Kyselyn tulokset on kuvattuna kappaleessa kuusi.

5.6.4 Ravitsemushoidon tavoitteet hoivaosastolla

RAI-tietojärjestelmästä etsin niiden asukkaiden hoitosuunnitelmat, jotka olivat mukana koko kehittämisprosessin aikana. Hoitosuunnitelmia oli yhteensä 18. Tavoitteena hoitosuunnitelmien tarkastelulle oli saada tietoa siitä, millaisia ravitsemushoitoon liittyviä tavoitteita niihin on kirjattu. Mukaan otettiin ne hoitosuunnitelmat, jotka oli tehty ennen ravitsemustilan alkukartoitusta 1/2007 ja ne hoitosuunnitelmat, jotka oli tehty ravitsemustilan loppukartoituksen 8/2007 jälkeen. Tein koosteen ravitsemushoitoon liittyvistä tavoitteista sisällön analyysiä varten. Kooste hoitosuunnitelmien ravitsemushoitoon liittyvistä tavoitteista on kuvattuna kappaleessa kuusi.

5.6.5 Ravitsemustilan loppuarviointi hoivaosastolla

Ravitsemustilan loppuarviointi elokuussa 2007 toteutettiin samoilla periaatteilla kuin ravitsemustilan alkukartoitus tammikuussa 2007. Ravitsemustilan loppukartoituksessa mukana oli 18 asukasta. Asukkaiden omahoitajapari suoritti ravitsemustilan mittauksen käyttämällä MNA-lomaketta. Keräsin lomakkeet ja tarkistin, että kaikkiin kysymyksiin oli vastattu. Ravitsemustilan loppuarviointiin otettiin mukaan myös tutkimuksen aikana tehdyt painonmittaukset, jotka on otettu ensimmäisessä mittauksessa sekä omahoitajille suunnatun kyselyn yhteydessä ja loppuarvioinnissa. Lisäksi ravitsemustilan arviointiin otettiin mukaan mittausten yhteydessä lasketut painoindeksit. Ravitsemustilan loppuarvioinnin MNA-mittauksien tulokset ja muutokset asukkaiden painoissa sekä muutokset painoindeksissä kuvataan kappaleessa kuusi.

5.7 Kehittämisprosessin aineiston keruu- ja arviointimenetelmät

Kehittämisprosessissa on viisi erilaista aineistonkeruu vaihetta, joiden tarkoituksena on kuvata ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyviä osa-alueita. Ikääntyvän ravitsemustilan arviointi antaa tietoa ravintoainemittauksen toteuttamiselle. Omahoitajien ravitsemushoidon toteuttamisen kuvauksella haetaan tietoa ravitsemushoidon nykytilasta. Hoitosuunnitelmien tarkastelulla etsitään tietoa ravitsemushoidon tavoitteiden asettelusta. Ravit-

semustilan loppuarvioinnilla haetaan tietoa siitä, miten ravitsemustilan seuranta voidaan toteuttaa. Kehittämisprosessin aineiston keruu- ja arviointimenetelmät on kuvattuna taulukossa neljä.

TAULUKKO 4. Kehittämisprosessin aineiston keruu- ja arviointimenetelmät

Osatutkimus ja tutkimuskysymys	Tutkimus Kohderyhmä	Ajankohta	Aineiston keruumenetelmä ja analyysi
Kvantitatiivinen aineisto			
Millainen on ikääntyvän asukkaan ravitsemustila Mini Nutrition Assessment- (MNA) mittauksen perusteella?			
lähtötilan arviointi loppuarviointi	asukkaat 26 asukkaat 18	1/2007 8/2007	MNA-mittaus määrällinen analyysi
Millainen on virheravitsemusriskissä olevien asukkaiden energian- ja proteiinin saanti hoivaosastolla?	asukkaat 10	3/2007	Ravintoainemittaus 1vrk/asukas määrällinen analyysi
Kvalitatiivinen aineisto			
Mitä on hoivaosaston ravitsemushoito omahoitajien kuvaamana?	omahoitajat 18	5/2007	Kyselytutkimus laadullinen aineisto- lähtöinen sisällönanalyysi
Millaisia ravitsemushoidon tavoitteita on kirjattu asukkaiden hoitosuunnitelmiin?	asukkaat 18	9/2007	Hoitosuunnitelmat laadullinen aineisto- lähtöinen sisällönanalyysi

Aineisto kerättiin yhdeltä Oulun kaupungin hoiva-osastolta vuonna 2007. Kohderyhmänä olivat osaston asukkaat ja hoitohenkilökunta. Ravitsemustilan alkukartoituksessa käytettiin MNA-mittaria. Ruoka-ainemittaukseen suunniteltiin oma lomake, jonka suunnittelussa hyödynnettiin osaston ruoka-aikatauluja. Myös omahoitajien kyselylomake tehtiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin aikaisempia tutkimuksia, sekä ravitsemushoitoon liittyviä suosituksia. Kyselylomake ja ohjeet sen täyttämiseen annettiin omahoitajille henkilökohtaisesti. Asukkaiden RAI:lla tehdyistä hoitosuunnitelmista poimittiin ravitsemushoitoon liittyvät tavoitteet. Ravitsemustilan loppuarviointi tehtiin MNA-mittarilla. Ravitsemustilan loppuarvioinnissa hyödynnettiin myös alku- ja loppukartoituksissa mitattuja painoja sekä laskettuja painoindeksijä (BMI).

5.7.1 Määrällisen aineiston analyysimenetelmä

Tutkimuksen määrällisen aineiston muodostivat MNA-mittarilla tehdyn ravitsemustilan arvioinnin tulokset sekä ruoka-ainemittauksen tulokset. MNA-mittauksen seulonta- ja arviointiosiodien vastausten pisteet laskettiin manuaalisesti yhteen ja saatu kokonaispistemäärä (0-30) osoitti, oliko ikääntynyt virhe- tai aliravitsemustilassa (alle 17 pistettä), virhe- tai aliravitsemusriskissä oleva (17–23,5 pistettä) vai oliko ikääntyvällä hyvä ravitsemustila (yli 23,5 pistettä). MNA-mittauksen tulokset muutettiin prosenttiyksiköiksi vertailun toteuttamiseksi. Tarkoituksena oli kuvata aineistoa tiiviimmässä muodossa sekä mahdollistaa tulosten vertailun aikaisempiin tutkimuksiin.

Ruoka-ainemittauksessa ruokien painot laskettiin kumulatiivisesti siten, että jokainen ruoka-aine mitattiin yksitellen. Tiedot kirjattiin lomakkeelle heti punnituksen jälkeen. Täytetyt lomakkeet tallennettiin ateriapalvelujen ohjelmaan, joka laskee jokaisesta ruokalajista sen sisältämän energian- ja proteiinin määrät. Jokaiselle asukkaalle saatiin henkilökohtaiset laskelmat. Tulokset siirrettiin Excel-taulukkoon ja siihen lisättiin energiaa ja proteiinin saantiin liittyvät suositukset tulosten vertailun helpottamiseksi.

Ravitsemustilan loppukartoitus tehtiin MNA-lomakkeella ja samoilla menetelmillä kuin alkukartoitus. Lisäksi MNA-mittauksista ja omahoitajien kyselystä poimittiin asukkaiden painot ja painoindeksit. Mittaustulokset tallennettiin Excel-taulukkoon. Ohjelman avulla muodostettiin kuviot, joiden avulla tulokset esitetään tiivistetyssä muodossa.

5.7.2 Laadullisen aineiston analyysimenetelmä

Tämän tutkimuksen laadullinen aineisto koostui omahoitajille suunnatun kyselytutkimuksen vastauksista ja asukkaiden hoitosuunnitelmista. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. Aineistolähtöisessä analyysissä lähtökohtana on aineisto ja tuloksena on kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Ideana on jäsentää todellisuutta luokittelemalla tutkittavan todellisuuden elementtejä. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Tässä tutkimuksessa haluttiin omahoitajien kuvaus asukkaiden ravitsemustilaan liittyviä ongelmista ja voimavaroista, ravitsemushoidossa käytettäviä auttamismenetelmistä sekä miten ravitsemustilaa ja -hoitoa arvioidaan ja kirjataan sekä millaista yhteistyötä tehdään ravitsemushoitoon osallistuvien välillä. Lisäksi haluttiin selvittää millaisia ravitsemushoitoon liittyviä tavoitteita on kirjattu asukkaiden hoitosuunnitelmiin.

Ennen aineiston sisällönanalyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112). Tässä tutkimuksessa omahoitajien vastauksista analyysiyksiköksi määriteltiin alkuperäisilmaisun lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto puretaan ensin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112- 116.) Aineistolähtöisessä analyysissä on kolme vaihetta, joita ovat pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisen käsitteiden luominen eli abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111, Kylmä & Juvakka 2007, 116).

Omahoitajien kirjalliset vastaukset kirjoitettiin suoraan alkuperäisilmaisuna taulukkomuotoon. Jokaisen kysymyksen vastaukset kirjattiin omaan osioon. Taulukkoon muodostettiin omat sarakkeet luokitusta varten. Tämän jälkeen samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan eli klusteroitiin. Yhdistämisen jälkeen luokat nimettiin siten, että nimi kattaa kaikki sen alle tulevat pelkistetyt ilmaisut. Klusterionnissa pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhdistäväksi luokaksi. Pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheissa oli mukana aineiston abstrahointia, jonka avulla pääkäsite vahvistui suhteessa aikaisempaan tutkittuun tietoon ja ikääntyvien ravitsemushoidon suosituksiin.

TAULUKKO 5. Sisällönanalyysin etenemisen havainnollistaminen.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaisu	Yhdistävä luokka	Pääkäsite
..asukkaan keskusteltu ruuista.. .. ruoka ei ollut mieluista..	keskustelu	asukas	Yhteistyö ravitsemushoidossa
..omaisille kerrotaan muutoksista ..omainen käy harvoin avustaa ruokailussa...	palaute	omainen	
..raportilla ja tiimipalavereissa tiedotetaan jos on ravitsemukseen liittyviä poikkeamia, yleensä vain silloin kun todella suuria ongelmia..	tuetaan osallistumista suullinen raportointi	hoitajat	
..lääkärille laitetaan tietoa tarvittaessa..	tiedottaminen	lääkäri	
..tilataan asukkaalle keittiöltä sopivaruo- ka.. .. ravitsemuspalveluiden henkilökuntaa ollut mukana osastotunnilla..	suunnittelukokous	ateria- palvelut	

Sisällönanalyysin tarkoituksena oli tulkita ja päätellä omahoitajien antamia vastauksia eli empiiristä aineistoa siten, että tuloksissa esitetään ravitsemushoitoa kuvaavat teemat. Teemoiksi muodostuivat avuntarpeen arviointi, auttamismenetelmien valinta, yhteistyö ja ravitsemushoidon kirjaaminen. Tuloksissa kuvataan luokittelun pohjalta muodostuneet käsitteet ja niiden sisältö (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115). Tutkimustulokset esitetään käänteisesti siten, että ensin tulee pääkäsite sitten yhdistävä luokka ja tämän jälkeen pelkistetty ilmaisu. Alkuperäisiä ilmaisuja esitetään kyselytutkimuksen tulosten sanallisessa kuvauksessa.

6 KEHITTÄMISPROSESSIN TULOSTEN ARVIOINTIVAIHE

Kehittämiskprosessin arviointivaihe sisältää aineiston tulokset prosessin etenemisen järjestyksessä. Kappaleen alussa on kuvattuna taulukkomuotoon arviointivaiheen eteneminen, tavoitteet, toiminnot ja tulokset.

TAULUKKO 6 Arviointivaiheen tavoitteet, toiminnot ja tulokset

Arviointivaihe	Eteneminen
Tavoitteet	Tulosten koostaminen Pääkäsitteiden määrittely Ravitsemushoidon prosessikuvauksen muodostaminen Raportin julkaisu
Toiminnot	Ravitsemushoidon prosessikuvauksen sisältöjen tuottaminen tulosten pohjalta Pääkäsitteiden sisältöjen määrittely
Tulokset	Ikääntyvien ravitsemushoidon prosessikuvaus hoivaosastolle Raportin tuottaminen

6.1 Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustila alkukartoituksessa

Kehittämiskprosessin ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää hoivaosaston asukkaiden ravitsemustilan arviointi. Ravitsemustilan alkukartoitus tehtiin MNA-testillä. Alkukartoituksen tutkimusjoukon muodostivat kaikki asukkaat, jotka olivat pitkäaikaispäätöksellä hoidettavana osastolla tammikuussa 2007 ja joiden terveydentila mahdollisti punnituksen istumavaakalla. MNA-testi tehtiin 26 asukkaalle.

MNA-testi sisältää seulontaosan, jossa on kuusi kysymystä. Kysymykset liittyvät ravinnonsaantiin, painon muutoksiin, liikkumiseen, psyykkiseen stressiin ja akuuttiin sairauteen sekä neuropsykologisiin ongelmiin ja painoindeksiin. Yhdestä kysymyksestä voi saada pisteitä nollasta kolmeen, maksimi yhteispistemäärä on 14 pistettä. Mikäli pistemäärä on 12 pistettä tai enemmän, riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut ja arviointia ei tarvitse jatkaa. Jos pisteet ovat 11 tai vähemmän riski virhe- tai aliravitsemukselle on kasvanut ja arviointia tulee jatkaa. Ikääntyvien heikentynyt toimintakyky liikkumisessa ja neurologiset ongelmat, kuten dementia olivat pääasialliset syyt mataliin pisteisiin seulontaosassa. Matalat pisteet seulontaosioissa kuvastavat riskiä ravitsemushäiriölle.

MNA-testin arviointiosassa on 14 kysymystä. Kysymykset liittyvät asumiseen, lääkkeisiin, painehaavaumiin ja muihin haavoihin, aterioiden lukumäärään, ruokavalion sisältöön, joka kuvaa proteiinin saantia, hedelmien ja kasvien saantiin, päivittäiseen nesteen juontiin, ruokailussa tarvittavaa apua ja ikääntyvän omaa näkemystä ravitsemustilasta ja terveydentilasta sekä olkavarren ja pohkeen ympäröimän.

MNA-testin seulonta- ja arviointiosien vastausten pisteet lasketaan yhteen ja saatu kokonaispistemäärä (0-30) osoittaa, onko ikääntynyt virhe- tai aliravitsemustilassa oleva (alle 17 pistettä), virheravitsemusriskissä oleva (17–23,5 pistettä) vai onko ikääntyvällä hyvä ravitsemustila (yli 23,5 pistettä). Alkukartoituksen tulokset on kuvattuna taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustila alkukartoituksessa 1/2007.

MNA-mittaus alkukartoitus	Tulos
Virhe- tai aliravitsemus alle 17 pistettä	4
Virheravitsemusriski 17–23,5 pistettä	21
Hyvä ravitsemustila yli 23,5 pistettä	1
Yhteensä	26

Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustilaa kuvaavat alkukartoituksen tulokset muutettiin prosenttiyksiköiksi vertailun helpottamiseksi. Tulokset kuvattuna taulukossa kahdeksan, jossa on mukana Guigozin(2006) ja Suominen (2007) tutkimustulokset.

TAULUKKO 8. Alkukartoituksen MNA – tulokset vertailussa aikaisempiin tutkimuksiin.

Tutkija Otos MNA-tulos %	Guigoz (2006) 6821 %	Suominen (2007) 3157 %	Nissinen (1/2007) 26 %
Virhe- tai aliravitsemus	5-71 %	11–57%	15 %
Virheravitsemusriski	27–70 %	40–89 %	81 %
Hyvä ravitsemustila	4-61 %	0-16 %	4 %

Alkukartoituksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että hoivaosastolla asuvien ikääntyvien ravitsemustila on samansuuntainen kuin Guigozin (2006) ja Suomisen (2007) tutkimuksissa. Osastolla suurimmalla osalla asukkaista on virheravitsemusriski. Tutkittavien heikentynyt toimintakyky liikkumisessa ja neurologiset ongelmat, kuten pitkälle edennyt dementia, laitoshoido, lääkkeiden määrä sekä lisääntynyt avun tarve ruokailussa olivat pääasialliset syyt mataliin pisteisiin.

6.2 Ravintoainemittauksen tulokset

6.2.1 Ikääntyvien energian tarve

Ravintoaineet ryhmitellään energiaa antaviin ravintoaineisiin ja suojaravintoaineisiin. Energiaravintoaineita ovat hiilihydraatit, rasvat, proteiinit ja alkoholi. Suojaravintoaineita ovat vitamiinit, kivennäisaineet ja proteiinit. (Suominen 2002, 7.) Energiaa tarvitaan perusaineenvaihduntaan, ruuan aiheuttamaan lämmöntuottoon ja liikkumiseen. Perusaineenvaihdunnalla (PAV) tarkoitetaan välttämättömien elintoimintojen tarvitsemaa energiaa levossa. Määrään vaikuttaa eniten rasvattoman kudoksen (lihasmassa) määrä, mutta myös ikä, sukupuoli, perintötekijät, hormonit ja fyysinen aktiivisuus vaikuttavat lopulliseen energian tarpeeseen. (VNR 2005, 10.)

Ikääntyessä rasvakudoksen suhteellinen määrä lisääntyy, tämä vähentää perusaineenvaihduntaan tarvittavan energia tarvetta (Räihä 2005, 315). Myös vähenevä liikunta pienentää aktiivisen lihakudoksen määrää ja vähentää perusaineenvaihduntaa ja energian kulutusta. Toisaalta runsaasti liikkuvan, levottoman tai aktiivisen ikääntyvän energiantarve voi olla jopa suurempi kuin liikkuvan nuoren aikuisen, sillä liikkuminen myöhemmällä iällä vaatii enemmän ponnistuksia kuin aikaisemmin. (VRN 2010a, 13.)

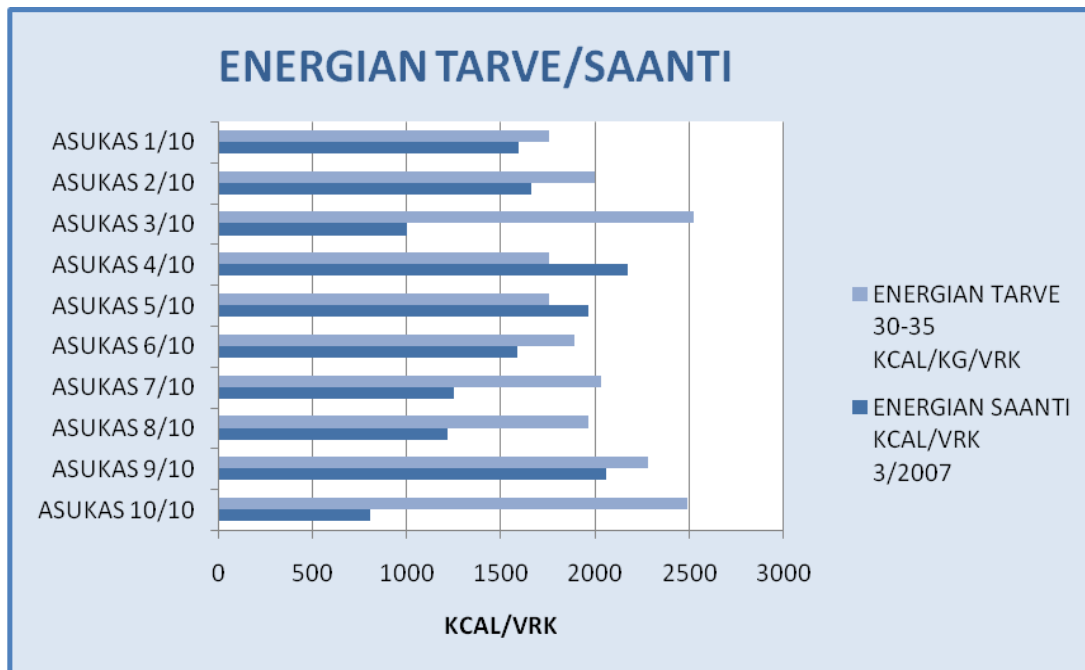
Suomalaissa uusissa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksissa sairaaloille, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin energian tarve on kuvattu alla olevan taulukon mukaisesti.

TAULUKKO 9. Ikääntyvien energian saanti suositukset (VRN 2010 b, 33).

Energian tarve	kcal/kg/vrk
vuodepotilaat tai vähän liikkuvilla normaalipainoisilla	30
alipainoiset	35
lihavat	25
sairauden akuuttivaihe	10–30% lisäys

Ravintoainemittauksessa olivat mukana ne asukkaat, joiden MNA-pisteet kuvasivat suurta virheravitsemuksen riskiä, MNA-pisteet olivat välillä 17–19,5. Mittauksen ajankohtana heistä kukaan ei ollut MNA-pisteiden mukaan virhe- tai aliravitsemustilassa. Heillä ei ollut mitään akuuttivaiheen sairauksia ruoka-ainemittauksen aikana.

Energian tarpeen arvioinnissa huomioitiin asukkaan paino suhteessa ikääntyvien painoindeksisuositukseen. Terveiden kannalta ikääntyvien suositeltava painoindeksi on VRN:n mukaan 24–30 kg/m². (VRN 2010b, 155). Ruoka-ainemittauksessa mukana olevien asukkaiden painoindeksi (BMI) oli 21–33 välillä. Asukkaista kahdeksalla painoindeksi alitti suosituksen. Heille energian tarpeeksi arvioitiin 35 kcal/kg/vrk ja kahdelle 30 kcal/kg/vrk. Kuviossa 2 on kuvattuna hoivaosaston asukkaiden energian tarve ja ruoka-ainemittauksen tulokset energian saannista.



KUVIO 2. Energian tarve ja saanti ravintoainemittauksessa 3/2007.

Kuvioissa ylempi vaakapalkki kuvaa VRN:n energian saantisuositusta ja alla oleva palkki kuvaa Ravintoainemittauksen tulosta energian saannista. Tulokset osoittavat, että kahden asukkaan (4/10 ja 5/10) energian saanti on suosituksen mukainen. Kahden asukkaan (3/10 ja 10/10) energian saanti jäi alle puoleen suosituksen mukaisesta tarpeesta. Ravintoainemittaus tehtiin yhdelle asukkaalle yhtenä päivänä ja on vain suuntaa antava, koska ruokahalu voi vaihdella päivittäin riippuen asukkaan voinnista ja siitä onko ruoka sinä päivänä ollut mieluista.

6.2.2 Ikääntyvien proteiinin tarve

Proteiinit eli valkuaisaineet ovat elintärkeitä ja korvaamattomia ravintoaineita elimistössä. Proteiineissa esiintyy 20 erilaista aminohappoa, joista ihmiselle välttämättömiä on yhdeksän. Kunkin välttämättömän aminohapon tarve on 0,5-1,5g/vrk, ne on saatava ravinnosta sellaisenaan, elimistö ei kykene niitä valmistamaan. Välttämättömien aminohappojen puute aiheuttaa vakavia sairastumisia. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 75, Mutanen & Voutilainen 2005, 135, Parkkinen & Serti 2006, 82–84.)

Proteiineilla on lukuisia tehtäviä, joiden suorittamiseen ei voida käyttää muita ravintoaineita. Proteiinit toimivat joko ainoana tai osittaisena rakennusaineena lukuisissa eri yhdisteissä. Kaikki entsyymit ja hormonit ovat yksinomaan proteiinia, esimerkkinä insuliini, tyroksiini ja adrenaliini. Hemoglobiini on suurimmaksi osaksi proteiini-

nia. Vesitasapainon säätelyssä proteiineilla on keskeinen tehtävä, mikäli proteiinin puutteen vuoksi plasmaalbumiini vähenee, niin seurauksena soluvälineste lisääntyy ja aiheuttaa turvotusta. (Peltosaari ym. 2002, 86–87.)

Proteiinit toimivat elimistön nesteiden ja happo- emästasapainon säätelyssä, niillä on myös keskeinen merkitys K-Na-tasapainon ylläpitämisessä. Proteiinit toimivat solukalvossa natriumin ja kaliumin kuljettajina vaikuttaen hermoärsytyksen kulkuun sydämessä, keuhkoissa ja aivoissa. Lisäksi proteiinia tarvitaan myös elimistön vasta-aineiden muodostuksessa, joita tarvitaan elimistölle vaarallisten aineiden ja mikrobien torjunnassa. (Peltosaari ym. 2002, 86–87.) Proteiinin tehokas hyväksikäyttö yllä mainittuihin tehtäviin edellyttää myös energian, vitamiinien ja kivennäisaineiden riittävää saantia (VRN 2010b, 33).

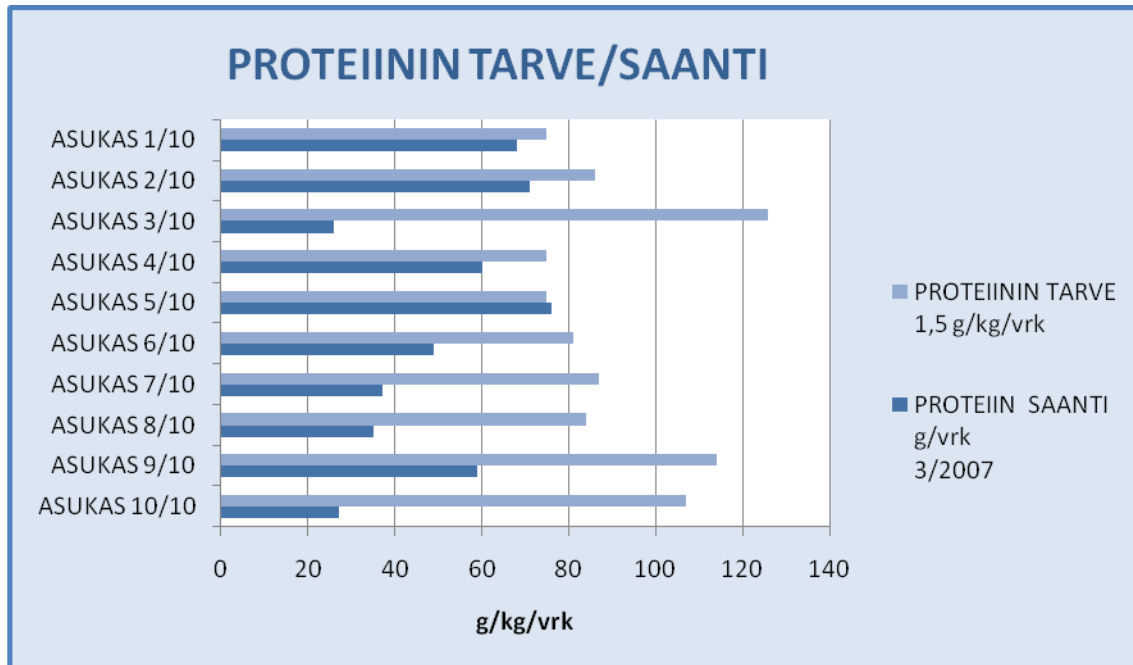
Ravitsemussuosituksen mukaan aikuisella ruuassa tulisi olla proteiinia sellainen määrä, joka kattaa 10–20% päivittäisestä energian tarpeesta. Proteiinin tarve on kuitenkin yksilöllinen ja siihen vaikuttaa syödyn proteiinin laatu. Myös kehon koko vaikuttaa proteiinin tarpeeseen. (Parkkinen ym. 2006, 86.) Ikääntyessä proteiinin hyväksikäyttö elimistössä heikkenee ja energian saanti vähenee ja siksi proteiinin suhteellisen osuuden tulee olla 15–20% kokonaisenergiasta (Suominen 2007, 8). Erilaiset sairaudet ja sairaustilat vaikuttavat proteiinin tarpeeseen eri tavalla. Korkea kuume, tulehdukset, leikkaukset ja palovammat sekä toipilasvaihe ja vajaaravitsemus lisäävät proteiinin tarvetta (VRN 2010b, 33). Proteiinin saantisuositus ilmoitetaan painokiloa kohden. Taulukkoon 11 on kuvattuna ikääntyvien proteiinin saantisuositukset (VRN 2010b, 34,156).

TAULUKKO 10. Ikääntyvien proteiinin saantisuositukset.

<i>Proteiinin tarve</i>	<i>g/kg/vrk</i>
normaali tarve	0,8 g/kg
lisääntynyt tarve	1-2 g/kg
ikäntyvien tarve	1,5 g/kg

Proteiinin tarpeen arvioinnissa huomioitiin VRN:n ikääntyvien proteiinin tarvesuositus 1,5 g/kg/vrk. Proteiinin tarve ikääntyvillä on aikuisväestöä merkittävästi suurempi (VRN 2010b, 156). Asukkaiden proteiinin tarve laskettiin kertomalla asukkaan paino suoraan ikääntyvien proteiinin tarvesuosituksella eli paino x 1,5 g. Kuvi-

ossa kaksi on kuvattuna hoivaosaston asukkaiden proteiinin tarve ja ravintoainemittauksen tulokset proteiinin saannista.



KUVIO 3. Proteiinin tarve ja saanti ravintoainemittauksessa 3/2007.

Proteiinin tarve on laskettu ikääntyvien lisääntyneen tarpeen mukaisesti 1,5 g/kg/vrk (VRN 2010b, 156). Ikääntyvillä proteiinin tarve on usein lisääntynyt, koska energiatasapaino on negatiivinen, jolloin riittäväkin proteiini käytetään energiatarpeen tyydyttämiseen (Suominen 2007, 8). Kuviossa ylempi vaakapalkki kuvaa proteiinin tarvetta ja alempi proteiinin saantia yhden päivän ajalta. Ravintoainemittauksien perusteella vain yksi asukas (5/10) sai suositusten mukaisen proteiinimäärän. Kahdella asukkaalla (3/10 ja 10/10) proteiinin saanti jäi huomattavasti alle saantisuosituksen. Myös energian saannissa nämä asukkaat jäivät reilusti alle energian saantisuosituksen kts. kuvio 2.

6.3 Omahoitajakyselyn tulokset

Edellisten vaiheiden tuloksissa ilmeni, että asukkailla esiintyy virhe- tai aliravitsemusta tai he ovat virheravitsemusriskissä sekä osalla heistä oli puutteita energian ja proteiinin saannissa. Tutkimuksessa haluttiin saada lisätietoa asukkaiden ravitsemushoitoon liittyvistä muista seikoista. Tarkoituksena selvittää millaisia muita tekijöitä ravitsemushoidon toteuttamiseen liittyy. Millaisia ongelmia ja voimavaroja asukkailla on, jotka liittyvät

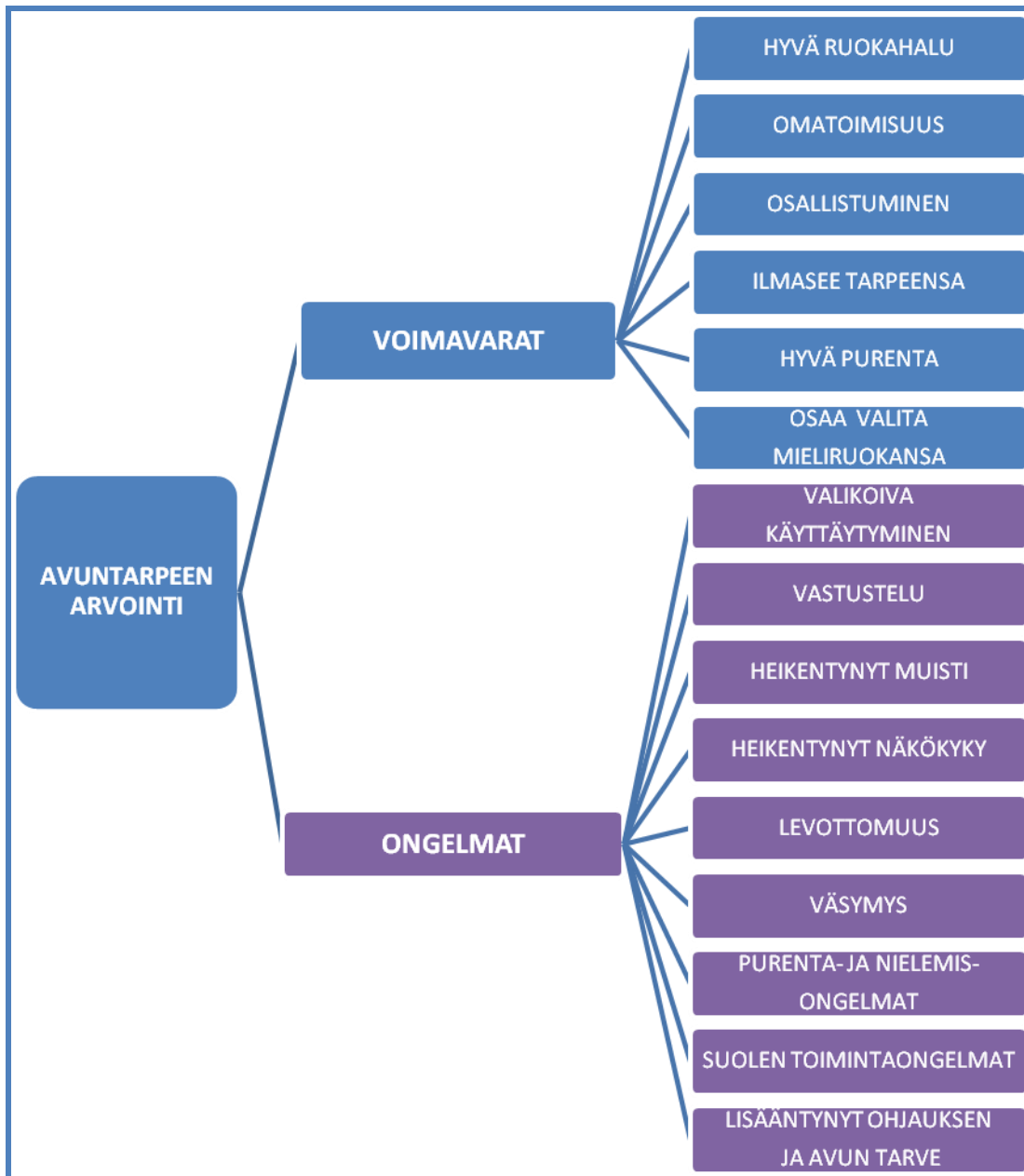
esim. ruokailusta selviytymiseen ja millaisia auttamismetelmiä hoitajat käyttävät toteuttaessaan ravitsemushoitoa hoivaosastolla?

Omahoitajille suunnatun kyselytutkimuksen taustalla on hoitotyön prosessi, joka toimii hoitotyön suunnittelun jäsentäjänä käytännön työssä. Hoitotyön prosessiin kuuluvat hoidon tarpeen määrittely, suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi (Hallila 1999, 41). Omahoitajien kyselyn taustalla ovat myös ravitsemukseen liittyvät suositukset, jotka pohjautuvat Valtion ravitsemusneuvottelukunnan Suomalaisiin ravitsemussuosituksiin sekä kansainvälisiin ENHA:n (2006) suosituksiin. Suosituksissa korostetaan ravitsemustilan ja ravintoaineiden saannin selvittämisen lisäksi yhteistyön kehittämistä sekä ravitsemushoitoon liittyvän tiedon kirjaamista ja ravitsemushoidon toteutumisen seuranta. Kyselyn tulokset esitetään kyselylomakkeen järjestyksessä, jokainen kysymys omana kokonaisuutena.

6.3.1 Avuntarpeen arviointi ravitsemushoidon toteuttamisessa hoivaosastolla

Ravitsemustila ja ravintoaineiden saanti sekä ruokailusta selviytyminen ovat hoivahoidossa asuvilla ikääntyvillä kiinteästi yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Heikentynyt ravitsemustila heijastuu ikääntyvän toimintakykyyn ja ilmenee lisääntyneenä avuntarpeena. Ikääntyvä ei jaksa eikä kykene välttämättä ruokailemaan omatoimisesti, ei kykene ilmaisemaan tarpeitaan ja toiveitaan. Ravintoaineiden saanti voi jäädä vähäiseksi ja vajaaravitsemuksen riski kasvaa. (VRN 2010a, 18.) Hoivahoidossa korostuu asukkaan avuntarpeen arviointi, hoitohenkilöstön tehtävänä on arvioida päivittäin asukkaiden selviytymistä ruokailussa sekä ruokailun ja ravinnon saantiin liittyviä ongelmia.

Ravitsemushoidon toteuttamista varten on tärkeää kartoittaa asukkaiden voimavarat ja ongelmat. Asukkaalla voi olla jäljellä vielä voimavaroja, joita kannattaa tukea, jotta ne säilyisivät mahdollisimman pitkään. Voimavaroja tukemalla voidaan mahdollisesti auttaa asukasta ylläpitämään hyvää ravitsemustilaa ja jopa hidastamaan ravitsemustilan heikkenemistä. Asukkaiden ongelmien tunnistaminen ajoissa on tärkeää hyvän ravitsemustilan ylläpitämisessä ja heikentyneen ravitsemustilan hoitamisessa. Ajoissa huomioitu avuntarpeen lisääntyminen auttaa hoitohenkilöstöä suunnittelemaan ja toteuttamaan tarvittavien auttamismenetelmien käyttöä. Omahoitajien vastauksista muodostettiin kuvaus asukkaiden ravitsemukseen liittyvistä voimavaroista ja ongelmista.



KUVIO 4. Avuntarpeen arviointi ravitsemushoidossa hoivaosastolla.

Ikääntyvän hyvä ruokahalu ja omatoimisuus ruokailussa ovat selkeästi voimavara hyvän ravitsemustilan ylläpitämisessä. Omien tarpeiden ilmaiseminen on tärkeä voimavara, kun kykenee ilmaisemaan mitä haluaa syödä, se todennäköisesti auttaa siihen, että kaikki tarjottu ruoka tulee myös syötyä. Halu osallistua yhteisiin ruokailuihin antaa sosiaalisia kontakteja ja yhteiset ruokahetket rytmittävät päivää ja vähentävät yksinäisyyttä. Suun hyvä kunto, kunnossa olevat omat hampaat tai proteesit laajentavat ruokavalikoimaa.

.. ruokahalu hyvä, syö kaikenlaisia ruokia..
 .. osaa itsenäisesti syödä tarjotut ruuat..

*.. osaa pyytää ruokaa, ottaa myös pöydältä itse..
..viihtyy ruokailujen ajan muiden seurassa..
..hyvät proteesit, voi syödä leipää yms. purtavaa ruokaa..*

Ravitsemushoitoon liittyviä ongelmia omahoitajat ovat kuvailleet useita. Valikoiva käyttäytyminen ilmenee siten, että ikääntyvä ei suostu syömään kaikenlaisia tarjolla olevia ruokia. Valikoiva käyttäytyminen näkyy ruokavalion kaventumisena, ikääntyvä syö yksipuolisesti. Yksipuolinen ruokavalio ei välttämättä sisällä kaikkia tarvittavia ravintoaineita. Vastustaminen liittyy useimmiten dementoivan sairauden etenemiseen. Ikääntyvä ei suostu syömään ja juomaan, hän ei avaa suutaan syötettäessä, kieltäytyy avusta mutta ei välttämättä selviydy ruokailusta omatoimisesti. Heikentynyt muisti vaikeuttaa ruokailua. Ikääntyvä ei muista miten ruokailuvälineitä käytetään ja ei muista, että on juuri syönyt, hän ei tunnista kylläisyyden tunnetta ja pyytää ruokaa useita kertoja.

*..syö hyvin vähän normaalia ruokaa..
..mieltymys vain makeisiin juomiin..
..vastustelelee ajoittain syötettäessä..
..ei pysty säätelemään ” kylläisyyden” tunnetta..*

Heikentynyt näkökyky vaikeuttaa omatoimista syömistä, ruokailuastioiden hahmottaminen tarjottimella on vaikeutunut. Heikentynyt suolentoiminta ilmenee siten, että kun suoli ei tyhjene säännöllisesti, suolen täytyessä ruokahalu huononee. Lisääntynyt ohjauksen tarve ilmenee usein siten, ettei hoidettava osaa käyttää ruokavälineitä tai unohtuu katselemaan toisen toimintaa, oma ruokailu saattaa pysähtyä ja ruoka ehtii kylmetä.

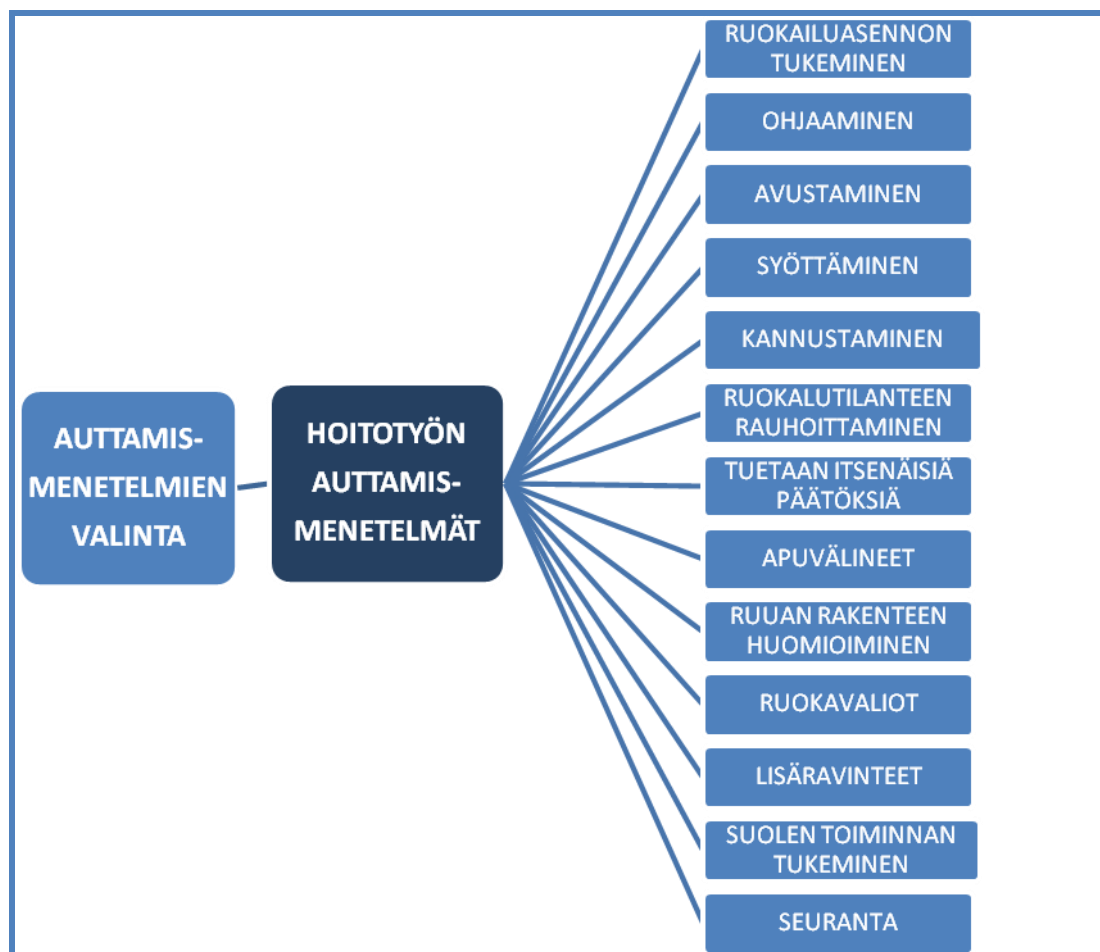
*.. huono näkö..
.. suolentoiminta epäsäännöllinen..
.. syö sormin..
..tarvitsee ohjausta ruokavälineiden käytössä..*

Levottomuus ilmenee ruokailun aikana, hän ei osaa keskittyä, vaihtaa paikkaa ja aiheuttaa yleistä levottomuutta ruokailutilassa. Ikääntyvän väsymys ilmenee siten, hän ei jaksakaan lähteä omasta huoneestaan toisten seuraan, ei jaksakaan istua pitkiä aikoja, ei jaksakaan syödä koko aterian omatoimisesti väsyy helposti, ruokailuvälineiden kädessä pitäminen ja ruuan vieminen suuhun saattaa olla liian raskasta.

*.. usein levoton ruuan aikana, ei malta istua..
.. ei jaksakaan olla ruokailutilassa pitkään, haluaa heti ruokailun jälkeen takaisin omaan huoneeseen..*

6.3.2 Auttamismenetelmien valinta ravitsemushoidon toteuttamisessa hoivaosastolla

Ravitsemushoidon toteuttamisessa käytetään hoitotyön auttamismenetelmiä, joiden tarkoituksena on auttaa ikääntyvää edistämään terveyttään ja tulemaan toimeen sairauksien ja niiden aiheuttamien rajoitusten kanssa. Auttamismenetelmät valitaan ikääntyvän terveydentilan, tarpeen, toimintakyvyn, elämäntilanteen ja ympäristön mukaan. (Kassara ym. 2006, 59). Hoivahoidossa korostuu auttamismenetelmien käyttäminen, koska hoidettavat asukkaat ovat monisairaita ja heillä on vajeita toimintakyvyssä. Heikentynyt toimintakyky ja runsas avun tarve heijastuvat ruokailuun ja nautitun ruuan määrään (VRN 2010, 28). Omahoitajien vastaukset auttamismenetelmistä on kuvattuna kuviossa viisi.



KUVIO 5. Auttamismenetelmien valinta ravitsemushoidossa hoivaosastolla.

Ennen ruokailun aloittamista on huolehdittava siitä, että ruokailuasento on sellainen, jossa on helppo syödä. Ruokailun aikana ohjataan sanallisesti ja näyttämällä esim. miten ruokailuvälineitä käytetään. Avustetaan ruo-

kailun aikana tai syötetään, mikäli asukas ei selviä itsenäisesti. Osalla asukkaista on vielä kyky syödä esim. leipää itse ja juoda mukista, mutta lusikan käyttö on saattanut unohtua. Kannustetaan osallistumaan yhteisiin ruokahetkiin. Ruokailutilanteen rauhoittamisessa esim. annetaan aikaa ruokailusta selviytymiseen, vähennetään meteliä esim. televisio kiinni, laitetaan radiosta kuulumaan rauhallista musiikkia, vältetään iso äänistä puhetta ja keskitytään ruokailutilanteeseen.

*.. ohjataan käyttämään lusikkaa..
..rauhallinen ruokailutilanne ja syöttämistähti...*

Annetaan asukkaalle mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä mm. annetaan tehdä valintoja ruoka-aineiden suhteen ja annetaan mahdollisuus valita ruokailupaikka. Käytetään apuvälineitä ruokailussa esim. ruokailutaso jos asukas syö vuoteessa, erikoislusikat, mikit, liukuesteet lautasen alle ja värikkäät astiat jos näkökyky on heikentynyt.

*.. saa itse päättää mitä haluaa syödä..
..tuetaan hyvään asentoon esim. sängyssä pääty ylös ja apupöytä riittävän lähelle...*

Huomioidaan ruokavaliot esim. ruuan rakenne on sosemainen jos ei ole hampaita tai purenta ei ole muuten hyvä. Nesteissä huomioidaan mahdollisuus sakeuttaa tai tarjota kiinteämpiä nesteitä jos asukkaalla on taipumusta aspiroida (vetää henkeen). Huolehditaan siitä, että ruoka on sopivan lämpöistä. Huomioidaan myös asukkaiden uskonnolliset vakaumukset ruokavalioiden suhteen sekä sairauksiin liittyvät ruokavaliot. Tarjotaan lisäravinteita vajaaravitsemuksen hoitoon. Tarjotaan omia ja omaisten tuomia hedelmiä ja omia herkuja.

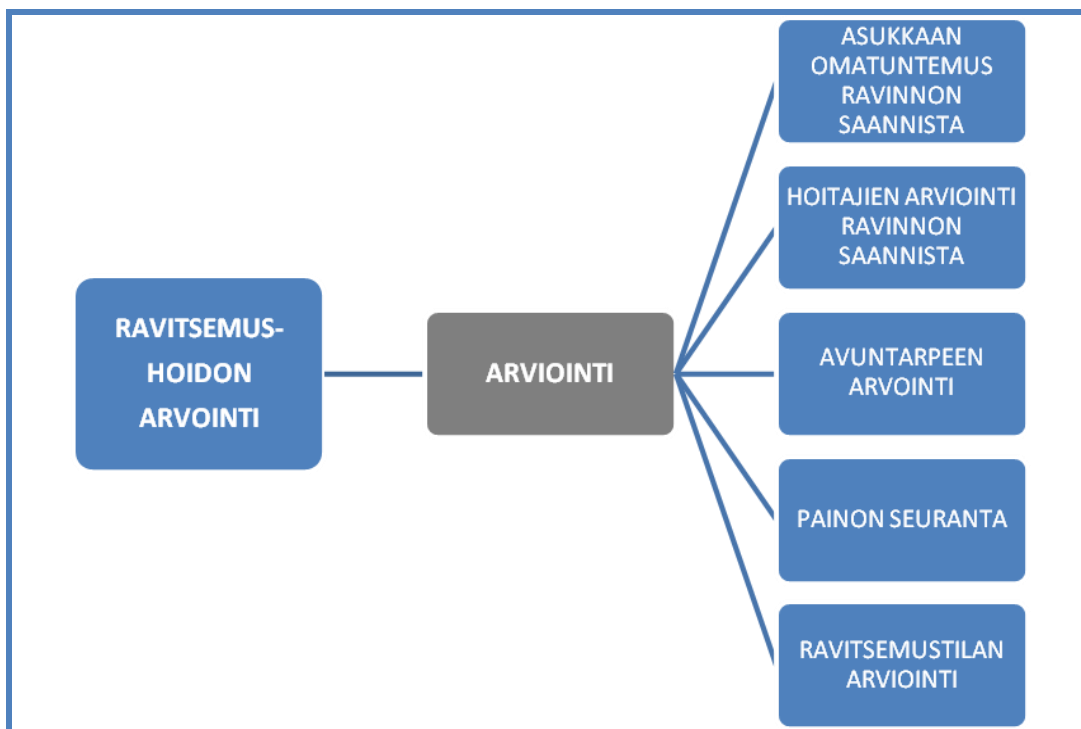
*..tarkistetaan että tarjottava ruoka on helposti syötävää..
..ostetaan omilla rahoilla mieluisia välipaloja ja karkkia..*

Varmistetaan suolentoimintaa esim. lääkehoidon avulla ja viedään wc:hen säännöllisesti. Seurataan ruokailusta selviytymistä, käydään muistuttamassa ruokailusta ja tuetaan omatoimisuutta. Tarkkaillaan, että syö ja juo tarpeeksi.

*.. annetaan ruoka ensimmäisten joukossa, että ehtii syömään..
..huolehditaan, että syö ruuat, vaikka vaihtaa paikkaa ruokailun aikana..
.. tarvittaessa yksi ruokalaji kerrallaan keskittymisen parantamiseksi..*

6.3.3 Ravitsemushoidon arviointi hoivaosastolla

Ikääntyvän ravitsemushoidon arvioinnissa ravitsemustilan ja ravinnonsaannin arviointi sekä ruokailun seuranta ovat keskeisiä välineitä ravitsemushoidon suunnittelussa. Arviointien tulee ohjata iäkkään hoitoa juuri hänelle sopivaan ravitsemushoitoon. (VRN 2010a, 31.) Omahoitajien vastaukset on kuvattuna kuviossa kuusi.



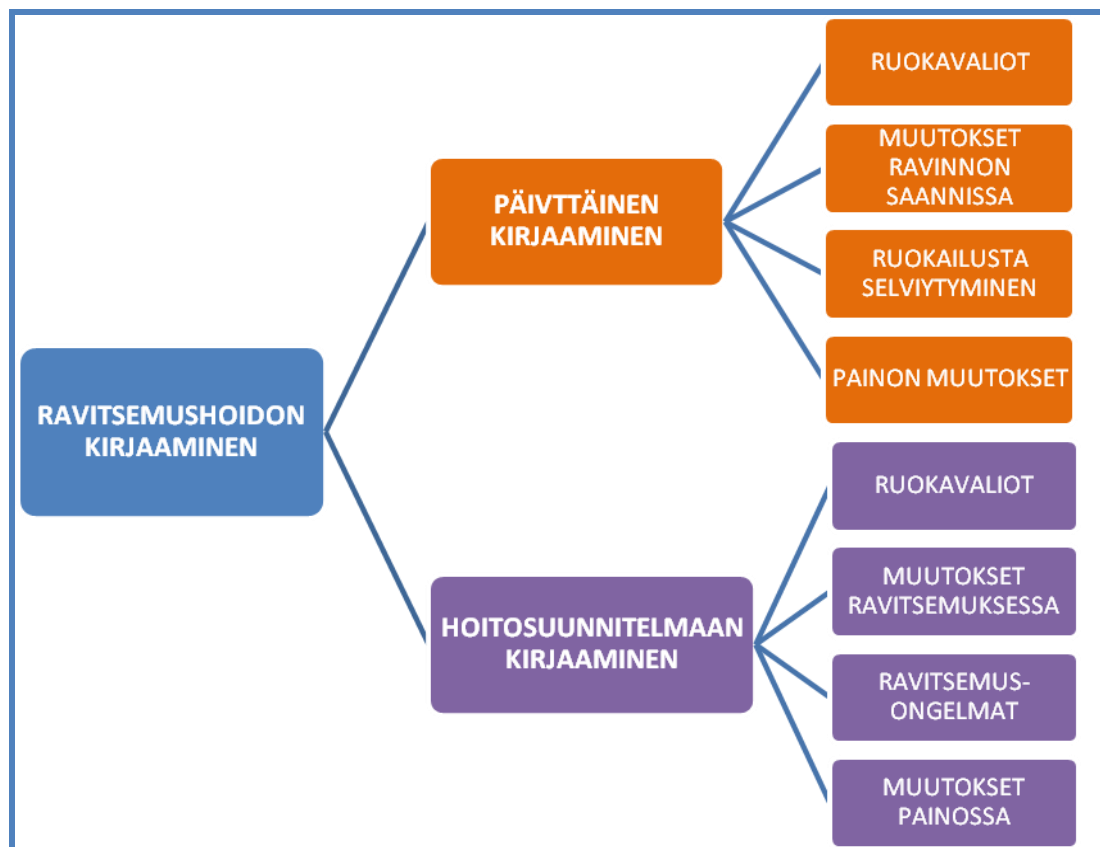
KUVIO 6. Ravitsemushoidon arviointi hoivaosastolla.

Omahoitajien vastauksista nousee selkeästi esille asukkaan omatuntemus riittävästä ravinnonsaannista. Hoitajat kysyvät asukkailta ovatko he saaneet riittävästi ruokaa ja juomaa. Ruokailun aikana tarkkaillaan ja seurataan ruokailua. Avuntarvetta arvioidaan päivittäin ja lisätään apua tarvittaessa. Painoa seurataan säännöllisesti. Ravitsemustilaa arvioidaan MNA-mittauksella. (MNA-mittaus tehty ennen kyselyä)

.. asukkaan oma tuntemus itsestään..
..kysellään itseltä onko jano tai nälkä..
..seurataan päivittäistä ruokailua..
.. säännölliset punnitukset..

6.3.4 Ravitsemushoidon kirjaaminen hoivaosastolla

Hoidon ja hoitotyön kirjaaminen on hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamista hoitajakson aikana. Kirjaamisen tavoitteena on turvata hoitoa koskeva tiedonvälitys ja hoidon jatkuvuus sekä lisätä turvallisuutta ja parantaa tavoitteellisuutta. (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1998, 53.) Hoitotyön kirjaamista ohjaavat useat lait ja säädökset. Lainsäädännössä määritetyt ja asetetut ohjeet lisäävät molemminpuolista oikeusturvaa sekä hoitavalle että hoitavalle henkilöstölle. Hyvä kirjaaminen turvaa asukkaan hoidon yksilöllisyyden ja hoidon jatkuvuuden välittämällä asukasta koskevan tiedon kaikille hoitotyöhön osallistuville. (Voutilainen 2004, 72.) Hoivaosastolla asukkaiden hoitoa koskevat tiedot kirjoitetaan Efficatietojärjestelmään päivittäin. Asukkaiden hoitosuunnitelmat päivitetään puolivuositain tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Omahoitajien vastaukset ravitsemushoidon kirjaamisesta on kuvattuna kuviossa seitsemän.



KUVIO 7. Ravitsemushoidon kirjaaminen hoivaosastolla.

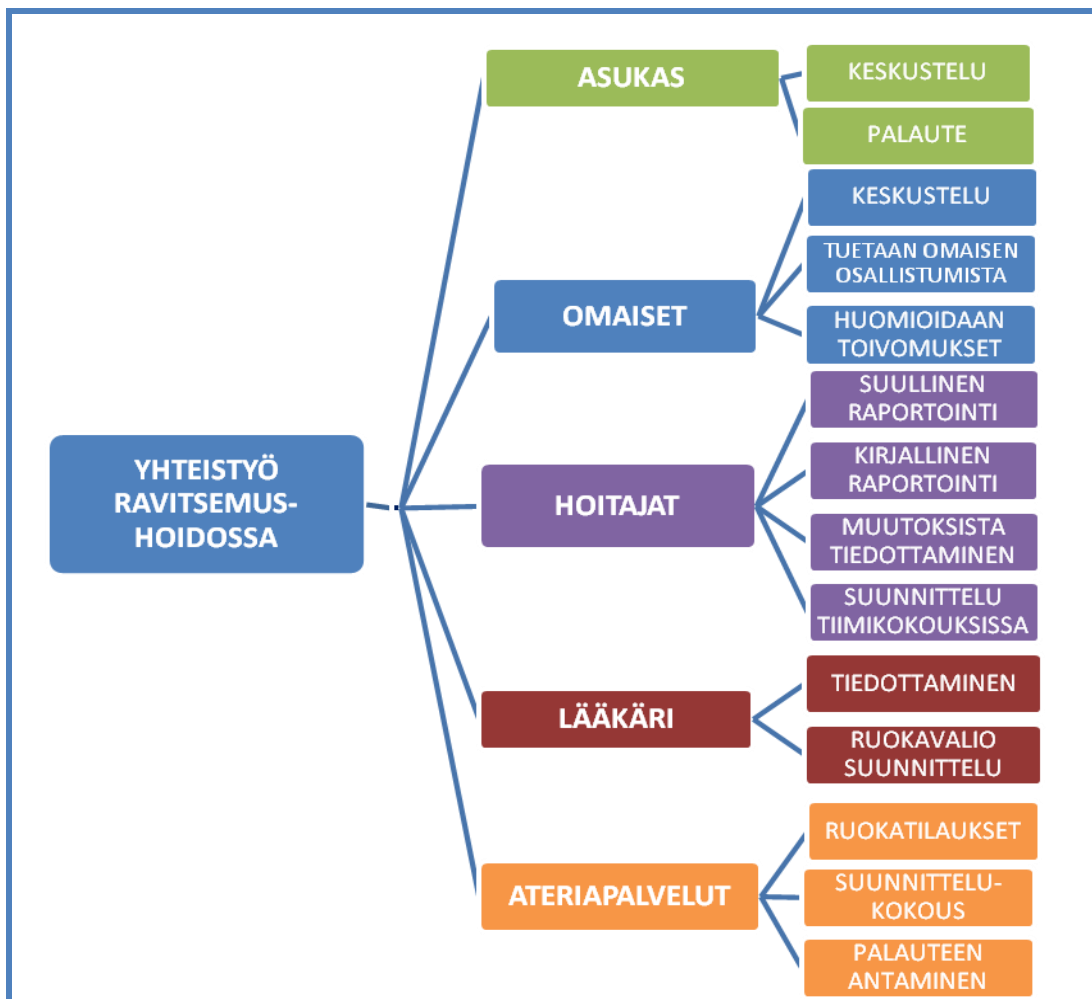
Hoitajat kuvaavat ravitsemushoitoon liittyvää päivittäistä kirjaamista sekä hoitosuunnitelmaan kirjaamista. Ruokavaliot kirjataan sekä muutokset ravinnon saannissa sekä painossa ja miten asukas selviytyy ruokailusta.

Hoitajien vastausten perusteella hoitosuunnitelmiin kirjataan lähes samankaltaisesti. Hoitosuunnitelmaan kirjataan muiden lisäksi asukkaan ravitsemusongelmat.

*.. kirjataan yleensä jos ei jostain syystä ole syönyt tavalliseen tapansa..
.. normaalista poikkeava ateriointi kirjataan..
.. kirjataan myös RAI:lle esiin tulleet muutokset..*

6.3.5 Yhteistyö ravitsemushoidon toteuttamisessa hoivaosastolla

Ikääntyvien ravitsemussuosituksissa korostetaan yhteistyön merkitystä ikääntyvien ravitsemushoidon toteuttamisessa. Keskeisintä ravitsemushoidon järjestämisessä on moniammatillinen yhteistyö erityisesti hoito- ja ruokapalveluhenkilökunnan kanssa. Asukkaiden ja heidän omaisten ja läheisten antamat tiedot sairauksista, ruokailutavoista, rajoituksista ja mieltymyksistä ovat tarpeellisia. Myös ikääntyvien ravitsemushoitoon perehtyneen ravitsemusterapeutin käyttöä suositellaan. (VRN 2010b, 31). Hoitajien välinen yhteistyö korostuu, erityisesti tiedonkulkuun tulee kiinnittää huomioita. Lääkärin osallistuminen ikääntyvän ruokavaliosuunnitteluun liittyy erikoisruokavalioiden määräämiseen. (VRN 2010b, 53). Kuvioissa kahdeksan on kuvattuna omahoitajien vastaukset yhteistyöstä.



KUVIO 8. Yhteistyö ravitsemushoidossa hoivaosastolla.

Hoitohenkilöstön tehtäviin kuuluu yhteistyön toteuttaminen ravitsemushoitoon liittyvissä asioissa. Hoitajat välittävät ravitsemushoitoon liittyvää tietoa hoidettaville, heidän omaisilleen, asukkaan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilöstölle ja hoitavalle lääkärille sekä ateriapalveluihin. Ravitsemushoitoon liittyvässä yhteistyössä hoitajien rooli on merkittävä, koska he ovat eniten läsnä hoidettavien kanssa. Omaha-hoitajat tekevät päivittäin havaintoja asukkaiden ruokailusta selviytymisestä, ravintoaineiden saannista, keskustelevat hoidettavien ja heidän omaistensa kanssa, esim. kartoittavat hoidettavan aikaisempia ravitsemustottumuksia, ruokavaliota ja toivomuksia sekä selvittävät mahdollisia painonmuutoksiin vaikuttavia tekijöitä.

*..omaiset tuovat hedelmiä.. omaisten kanssa keskustellaan..
 ..omaisen toivomuksesta iltaruokailua uudistettu..*

Hoitajat tiedottavat tekemistään havainnoinneista suullisesti ja kirjallisesti muuta henkilökuntaa esim. seuraavaan työvuoroon tulevia sekä lääkärinkierroilla lääkäreille. Hoitajat viestittävät tietoa myös ateriapalveluihin

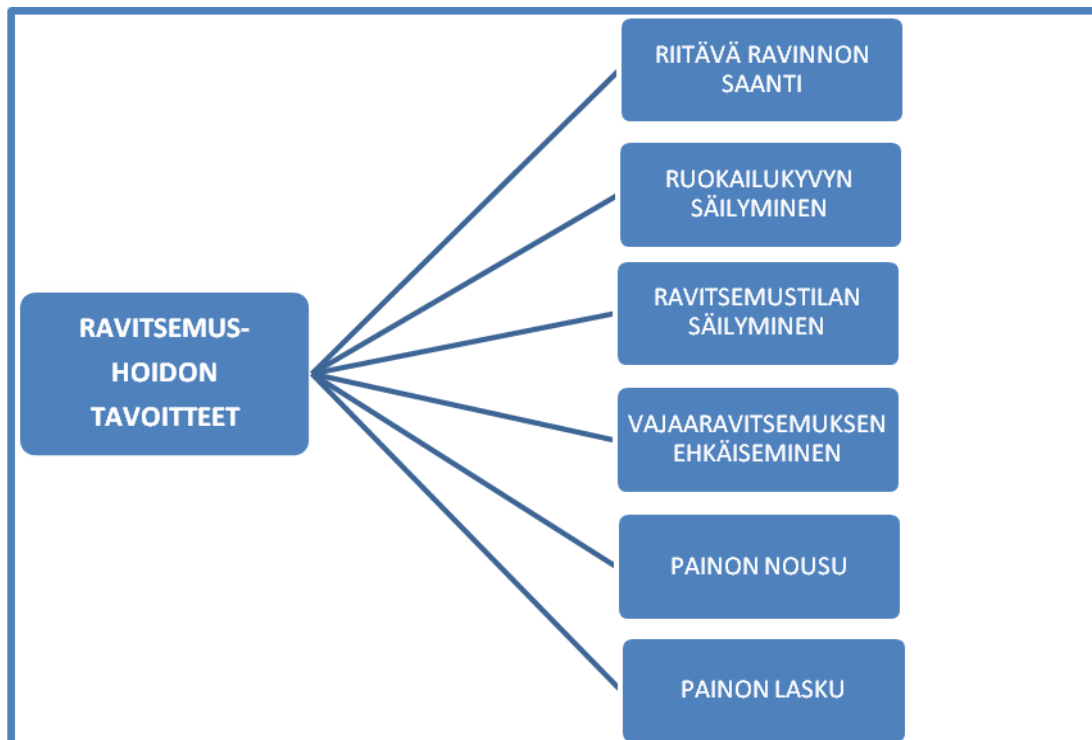
muuttuneista ruokavalioista ruokatilausten yhteydessä sekä osallistuvat kokouksiin, joissa suunnitellaan ravintoaineiden saantiin liittyviä tarpeita esim. energian -ja proteiinin saannin varmistaminen ja siihen, että ruokalajit ovat rakenteeltaan sopivia, esim. huomioidaan hoidettavan purentaan ja nielemiseen liittyvät ongelmat. Hoito-henkilökunta kerää myös ravitsemukseen liittyvää palautetta sekä toiveita asukkailta ja välittää tiedot ateriapalveluihin. Hoitajat toimivat siis yhteyshenkilöinä ravitsemushoidon yhteistyön toteuttamisessa.

*.. raportointi tiimipalavereissa ja vuoron vaihtuessa..
.. pyydetään keittiöltä mieliruokia..*

6.4 Ravitsemushoidon tavoitteet hoivaosastolla

Ravitsemushoidon tavoitteet on kirjattuna RAI-arvioinnin pohjalta tehtyihin hoitosuunnitelmiin. Asukkaiden omahoitajapari tekee RAI-arvioinnin asukkaan tullessa hoivaosastolle ja tämän jälkeen aina puolivuositain tai asukkaan voinnin oleellisesti muuttuessa. RAI-arvioinnin yhteydessä tehdään hoitosuunnitelma, joka ohjaa hoitajia mm. ravitsemushoidon toteuttamisessa. Hoitosuunnitelmassa kuvataan ravitsemustilaa (BMI), ruokailusta selviytymistä, avuntarvetta ja ruokavaliota sekä tavoitteita ja valittuja hoitotyön keinoja/ auttamismenetelmiä.

Ravitsemushoidon tavoitteiden tarkastelua varten otettiin mukaan niiden asukkaiden hoitosuunnitelmat, jotka olivat mukana koko tutkimusprosessin ajan. Hoitosuunnitelmia oli tarkastelussa 18 kappaletta. Tarkasteluun otettiin ne hoitosuunnitelmat, jotka oli tehty tutkimusprosessin aikana eli aikavälillä 2006 - 2007. Hoitosuunnitelmista poimittiin lausumat, jotka liittyivät ravitsemushoidon tavoitteisiin. Tarkoituksena oli selvittää millaisia ravitsemushoidon tavoitteita asukkaille oli suunniteltu. Ravitsemushoidon tavoitteet on kuvattuna kuvioissa yhdeksän.



KUVIO 9 Ravitsemushoidon tavoitteet hoivaosastolla.

Ravitsemushoidon tavoitteita oli asetettu 13 asukkaan hoitosuunnitelmaan. Kaikki asetetut tavoitteet olivat sanallisia. Hoitosuunnitelmiin oli kirjattu kuusi erilaista tavoitetta. Tavoitteet liittyvät ravintoaineiden saantiin, selviytymiseen ruokailussa, ravitsemustilaan sekä muutoksiin painoissa.

6.5 Ravitsemustilan seuranta hoivaosastolla

Pääsääntöisesti ravitsemushoidon seuranta/arvointi sisältää kaikki ravitsemushoidon osa-alueet. Seurannan tavoitteena on arvioida asukkaan ravitsemustilassa, painossa tai painoindeksissä (BMI) tapahtuneita muutoksia, ravintoaineiden saannissa tapahtuneita muutoksia, ravitsemukseen liittyvän avuntarpeen muutoksia, auttamismenetelmien vaikuttavuutta, yhteistyön sujuvuutta, ravitsemushoidon tavoitteiden onnistumista ja ravitsemushoidon kirjaamisen riittävyyttä.

Tässä tutkimuksessa ravitsemushoidon seuranta toteutettiin arvioimalla asukkaiden ravitsemustilaa uudestaan MNA-mittauksella. Mittaus suoritettiin 18 asukkaalle, jotka olivat mukana koko tutkimusprosessin aikana. Ravitsemustilan loppukartoituksen tulokset on kuvattuna taulukossa 11.

TAULUKKO 11. Hoivaosaston asukkaiden ravitsemustila loppukartoituksessa 8/2007.

<i>MNA-mittaus loppukartoitus 8/2007</i>	<i>Tulos</i>
Virhe- tai aliravitsemus alle 17 pistettä	3
Virheravitsemusriski 17–23,5 pistettä	15
Hyvä ravitsemustila yli 23,5 pistettä	0
Yhteensä	18

Ravitsemustilan muutokset vertailussa aikaisempiin tutkimuksiin on kuvattuna taulukossa 12. Tulokset muutettiin prosenttiyksiköiksi vertailun helpottamiseksi. Taulukkoon on kuvattu aikaisempien sairaaloissa ja pitkäaikaishoitolaitoksissa tehtyjen tutkimusten tulokset. (Guigoz 2006, Suominen 2007.) Lisäksi taulukossa on kuvattuna tämän tutkimuksen MNA- mittauksen alku- ja loppukartoituksen tulokset.

TAULUKKO 12. Loppukartoituksen MNA-tulokset vertailussa aikaisempiin tutkimuksiin.

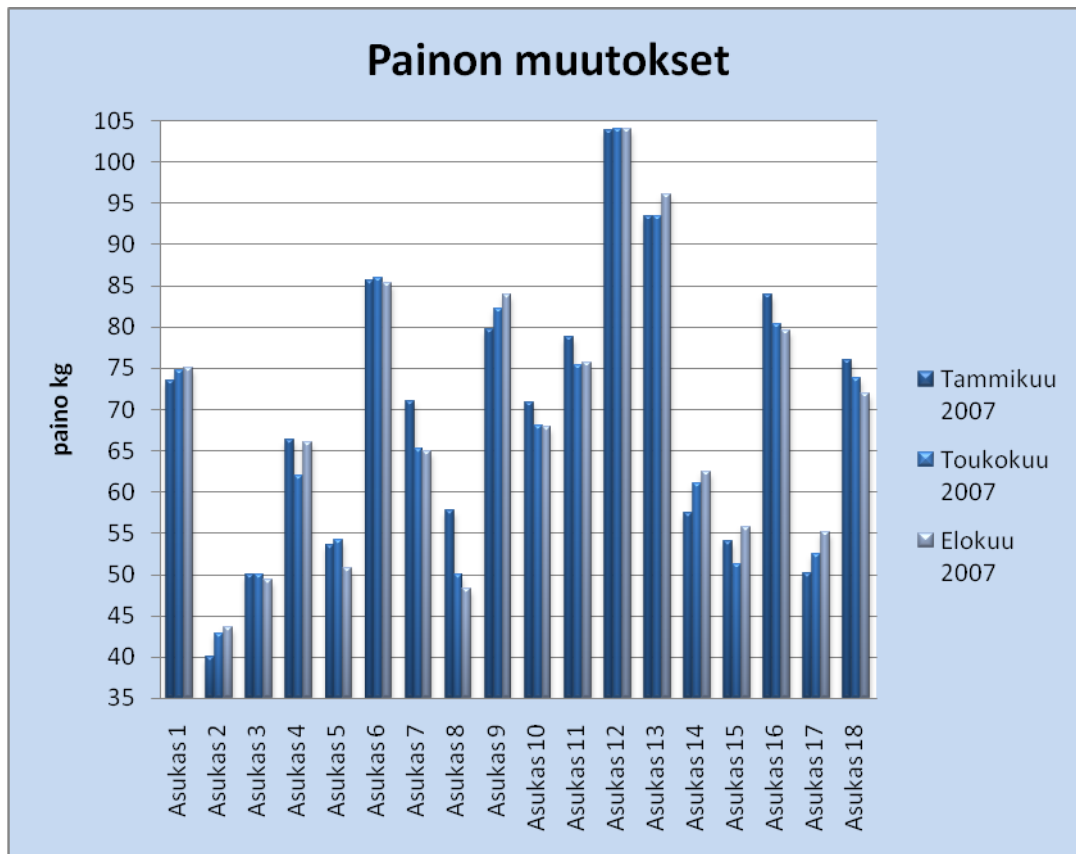
<i>Tutkija</i>	<i>Guigoz (2006)</i> 6821 %	<i>Suominen (2007)</i> 3157 %	<i>Nissinen (1/2007)</i> 26 %	<i>Nissinen (8/2007)</i> 18
<i>Otos</i> <i>MNA-tulos %</i>				
Virhe- tai aliravitsemus	5-71 %	11–57%	15 %	17 %
Virheravitsemus riski	27–70 %	40–89 %	81 %	83 %
Hyvä ravitsemustila	4-61 %	0-16 %	4 %	0 %

Ravitsemustilan loppukartoituksessa virhe- tai aliravitsemustilassa olevien osuus on kasvanut aikaisempaan mittaukseen verrattuna. Myös virheravitsemusriskissä olevien osuus on noussut kahdella prosenttiyksiköllä. Hyvässä ravitsemustilassa olevia ei ollut ollenkaan. Molemmissa tämän tutkimuksen ravitsemustilan mittauk-

sisä asukkaat sijoittuivat Guigozin (2006) ja Suomisen (2007) tutkimusten prosenttijakautumien sisälle. Suurin osa asukkaista sijoittuu ravitsemustilaltaan niihin, jotka ovat riskissä virheravitsemukselle.

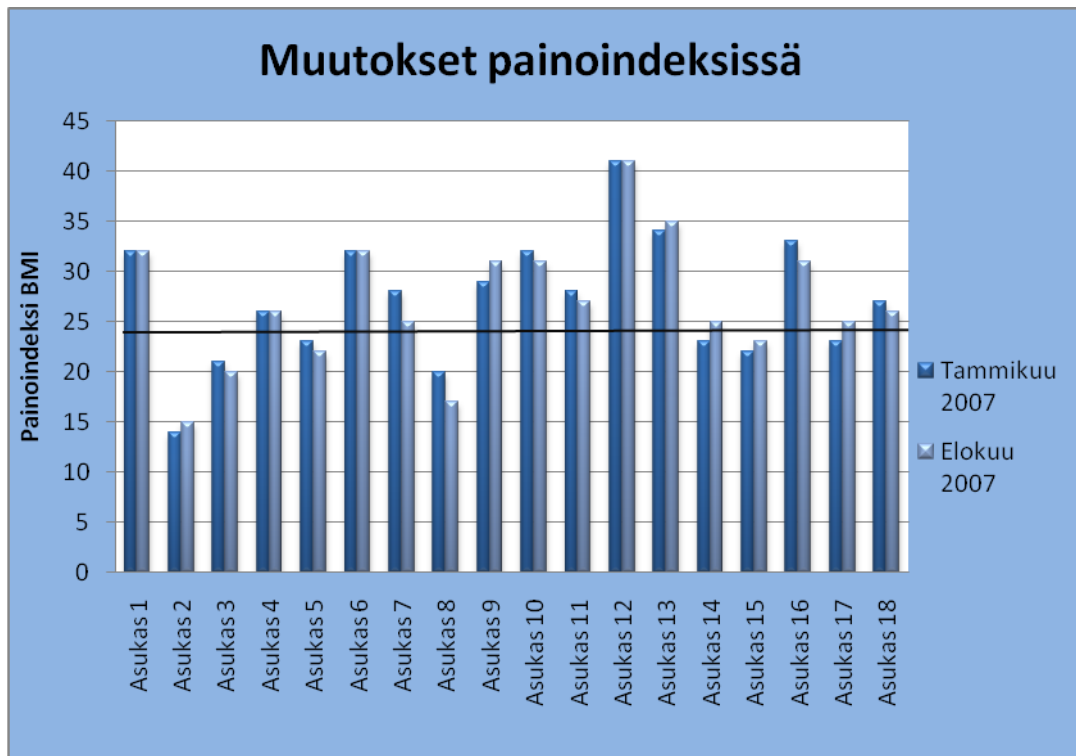
Ravitsemustilassa tapahtuneita muutoksia kuvataan myös tutkimusajankohdan aikana tapahtuneita muutoksia painossa ja painoindeksissä (BMI). Painon seuranta tulisi tehdä säännöllisesti, koska punnitseminen on yksinkertainen tapa seurata ravitsemustilan muutoksia. Painonmuutosten seuranta on tärkeää, koska mitä nopeampaa ja suurempaa tahaton laihtuminen on, sitä suurempi syy on epäillä ravitsemustilan heikkenemistä. (VRN 2010a 30). Ravitsemussuosituksissa ikääntyneille käytetään (Deyn ym. 2001) tutkimuksen mukaista ikääntyville suositeltavaa painoindeksialuetta. Ikääntyneille suositeltava painoindeksialue on 24–29 kg/m². Sairastavuus ja ennenaikaisen kuoleman riski lisääntyy, mikäli BMI on alle 24 kg/m² (VRNa 2010, 30).

Muutokset painossa tai painoindeksissä antavat tarkempaa tietoa yksittäisen asukkaan ravitsemustilassa tapahtuneita muutoksia. Painon seuranta tämän tutkimuksen aikana tapahtui kolme kertaa, ensimmäinen painon seuranta oli MNA-testin yhteydessä (alkukartoitus), toinen painon mittaus oli omahoitajien kyselyn yhteydessä ja kolmas painon seuranta tapahtui loppukartoituksessa. MNA-testin yhteydessä laskettiin myös painoindeksi (BMI) kaikille tutkimuksessa mukana olleille asukkaille. Muutokset painossa kolmessa mittauksessa ja muutokset painoindeksissä kahdella mittauksella ovat kuvattuina omissa kaavioissaan. Kuvauksissa mukana niiden asukkaiden painot ja painoindeksit, jotka ovat olleet mukana koko tutkimuksen ajan.



KUVIO 10. Hoivaosaston asukkaiden painonmuutokset tutkimuksen aikana.

Tuloksista ilmenee, että tutkimuksen aikana kahdeksalla asukkaalla paino nousi. Painonnousua tapahtui kahdeksan kuukauden aikana 0,2 kg- 5,1 kg välillä. Painonlaskua ilmeni kymmenellä asukkaalla. Painonlaskua ilmeni kahdeksan kuukauden aikana 0,3 kg- 9,4 kg välillä.



KUVIO 11. Hoivaosaston asukkaiden painoindeksimuutokset (BMI) tutkimuksen aikana.

Kaavioon on lisätty vaakariville tummennettu viiva kuvaamaan suositeltavan painonindeksin (BMI) alarajaa 24 kg/ m². Tuloksista ilmenee, että viiden asukkaan BMI jää alle ikääntyvien suosituksen mukaisen painoindeksin. Kahden asukkaan BMI on noussut suositusrajan yläpuolelle tutkimusajankohdan aikana. Suurin osa asukkaista ylittää suositellun painoindeksirajan.

6.6 Ikääntyvien ravitsemushoidon prosessi hoivaosastolla

Ravitsemushoidon prosessikuvaus muodostettiin teoreettisen tiedon, aikaisempien tutkimusten, ikääntyvien ravitsemussuosituksen ja tämän tutkimuksen interventoiden pohjalta. Taustalla oli myös hoitotyön prosessimalli. Hoitotyössä prosessiin kuuluu tarpeiden ja hoidollisten ongelmien kartoittamista, hoitotyön suunnittelua, toteuttamista ja arviointia (Hallila 1998, 41, Iivainen ym. 1995, 38).

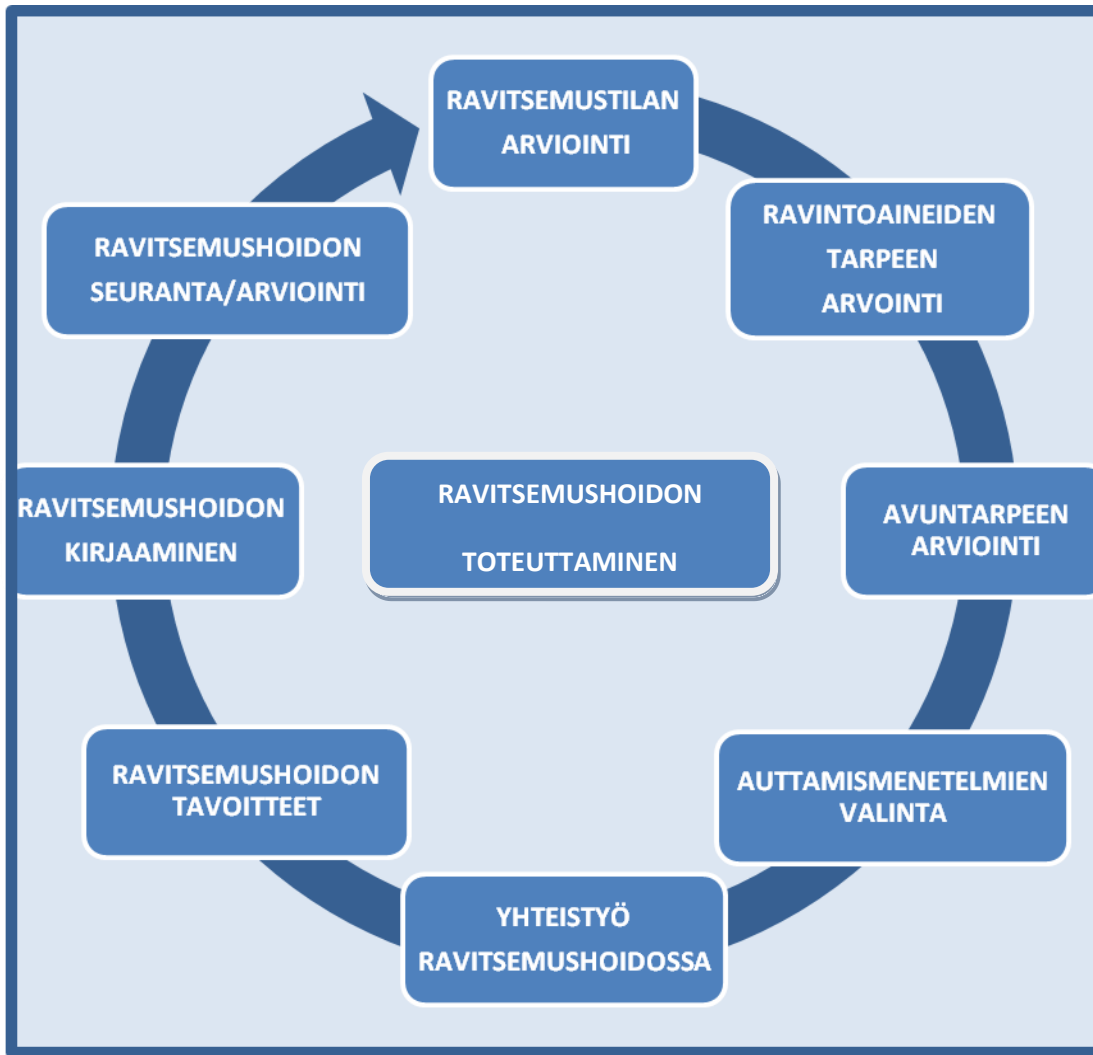
Ravitsemushoidon prosessikuvauksessa on useampia vaiheita kuin perinteisessä hoitotyön prosessissa. Vaiheiden lisäämisellä haluttiin laajentaa ravitsemushoidon sisällön kuvausta. Kuvaus rakentuu kahdeksasta ravitsemushoidon osa-alueesta. Ravitsemushoidon prosessikuvauksessa kiertävä muoto kuvaa ravitsemushoidon jatkuvuutta. Kaikkien osa-alueiden suorittaminen on ravitsemushoidon toteuttamista. Ravitsemushoidon

kaikkien osa-alueiden huomioiminen auttaa hoitajia jäsentämään ravitsemushoidon toteuttamista käytännön työssä.

Ensimmäisessä vaiheessa asukkaan ravitsemustila tulee selvittää käyttämällä ravitsemustilan arviointiin sovit-
tuja menetelmiä esim. MNA-testiä, painonmittausta tai painoindeksin selvittämistä. Mikäli asukkaan ravitse-
mustila on huono tai hänellä on riski virheravitsemukselle, on selvitettävä ravintoaineiden saanti. Ravintoainei-
den saantia voidaan arvioida joko mittaamalla tai muuten arvioimalla syödyn ruuan määrää. Mikäli asukkaan
ravinnonsaanti on heikentynyt, selvitetään millaisella ruokavaliolla riittävä ravinnonsaanti voidaan varmistaa.
Lisäksi selvitetään, minkälaista apua hän tarvitsee ruokailussa. Kun avun tarve on selvitetty, tulee valita asuk-
kaalle parhaiten sopivat auttamismenetelmät.

Yhteistyössä asukkaan ja hänen omaisten/läheisten sekä hoitoon osallistuvan henkilöstön kanssa suunnitel-
laan ja sovitaan miten ravitsemushoitoa toteutetaan ja miten arvioidaan ravitsemushoidon toteutumista. Yh-
teistyössä sovitaan myös ravitsemushoidolle asetettavat tavoitteet. Ravitsemustila, ravintoaineiden saanti,
avuntarve, auttamismenetelmät, yhteistyönä sovitut toimintamenetelmät ja tavoitteet kirjataan asukkaan hoito-
kertomukseen ja hoitosuunnitelmaan.

Ravitsemushoidon seuranta tehdään sovitun aikataulun mukaisesti. Seurannan tavoitteena on arvioida asuk-
kaan ravitsemustilassa tapahtuneita muutoksia, ravintoaineiden saannissa tapahtuneita muutoksia, onko
avuntarpeessa tapahtunut muutoksia, auttamismenetelmien vaikuttavuutta, yhteistyön toimivuutta ja ravitse-
mushoidon tavoitteiden onnistumista. Mikäli osa-alueilla on tapahtunut muutoksia, tehdään uudet suunnitelmat
toteuttamiseen ja asetetaan uudet tavoitteet. Ravitsemushoidon prosessi on kuvattuna kuviossa 12.



KUVIO 12. Ikääntyvien ravitsemushoidon prosessikuvaus hoivaosastolla.

7. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Kehittämisprosessin arviointi

Toimintatutkimuksen tuloksia ei voida arvioida vain lopputulosten perusteella. Tulosten arvioinnissa tulee ottaa huomioon koko tutkimusprosessi ja sen etenemiseen liittyvät tekijät. Tutkimusprosessien etenemistä on arvioitava jatkuvasti ja eri menetelmillä. (Lauri 2006, 122.) Kehittämisprosessin aikana tapahtui muutoksia, joilla oli vaikutuksia koko prosessin toteuttamiseen ja toteutuksen arviointiin. Osallistavaa toimintatutkimusta käytettiin tutkimusmenetelmänä alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Kuuselan mukaan tutkittavien osallisuuden aste voi muuttua tutkimuksen aikana (Kuusela 2005, 32). Hoitajat osallistuivat aineiston keruuseen sekä ravitsemustilan että ravintoaineiden mittaukseen. Ravitsemushoidon intervention toteuttaminen muuttui hoitajien kuvaukseen ravitsemushoidon toteuttamisesta hoivaosastolla.

Toimintatutkimuksen toteutuksen suunnittelussa tavoitteita on usein vaikea rajata tarkasti, koska ne täsmentyvät ja jopa saattavat muuttua tutkimusprosessin aikana. Tämän kehittämistehtävän alkuperäisenä ideana oli toteuttaa ravitsemushoidon interventio hoivaosastolla. Kehittämisprosessin kaksi ensimmäistä vaihetta ravitsemustilan arviointi ja ravintoaineiden saannin mittaaminen sekä ravitsemustilan loppuarviointi liittyivät alkuperäiseen suunnitelmaan. Näiden tulosten pohjalta oli tarkoituksena tehostaa ravinnonsaantia niille asukkaille, joilla oli heikentynyt ravitsemustila tai riski virheravitsemukselle. Alkuperäistä suunnitelmaa jouduttiin muuttamaan, koska asukkaiden luonnollinen poistuma ja muutokset hoitohenkilökunnassa vaikeuttivat intervention toteuttamista. Suunnitelmana oli myös järjestää hoitajille ulkopuolista koulutusta ravitsemushoitoon liittyen sekä kuvata ateriamalleja, jotka täyttävät ikääntyvien energia- ja proteiinin saantisuositukset. Ravitsemushoidon koulutuksen järjestäminen ei onnistunut taloudellisten resurssien puuttuessa. Myös ateriamallien kuvauksesta luovuttiin. Omahoitajien kyselyn alkuperäisenä tarkoituksena oli saada tietoa hoitajien kokemuksista intervention toteuttamisesta.

Kehittämistehtävän tarkoitus ja tavoite jouduttiin muuttamaan, kun kehittämisprosessi oli jo käynnistynyt. Päätimme jatkaa kehittämisprosessia ja suunnata kehittämistä siihen suuntaan, jotta voitaisiin kuvata ravitsemushoidon toteutumista osastolla ja miten se vastaa ravitsemushoidon suosituksiin ja ravitsemushoidon aikaisempiin tutkimuksiin ja teoreettiseen tietoon ravitsemushoidosta. Ajatuksena oli tehdä alustavaa tutkimusta siitä, mikä hoivaosastolla on suositusten mukaista ja mitä tulisi vielä kehittää. Omahoitajien kyselyn kysymykset muotoiltiin uudestaan ja kehittämisprosessiin lisättiin ravitsemushoidon tavoitteiden tarkastelu. Ravitsemustilan

arviointi (alku- ja loppukartoitus) ja ravintoaineiden mittaaminen otettiin mukaan alkuperäisen suunnitelman mukaisesti.

Toimintatutkimuksen käyttäminen kehittämismenetelmänä on tutkijalle haastava ja raskas tehtävä. Vastasin yksin teoreettisen tiedon hankinnasta, aineiston keruun koordinoinnista ja tulosten muodostamisesta ja raportoinnista. Roolini tutkijana oli kaksijakoinen, oli toimittava teoreettisen tiedon soveltajana sekä hoitotyöntekijänä testaamassa ja suorittamassa aineiston keruuta. Aineistojen analysointi oli tehtävä mahdollisimman pian ennen seuraavaa vaihetta. Aineistot kerättiin vajaan vuoden aikana, joten tulosten sisäistämiseksi jäi liian vähän aikaa. Eri vaiheiden tulokset esitettiin osastokokouksessa, mutta kehittämistehtävän tarkoituksen ja tavoitteen muuttuminen ei avautunut riittävän hyvin tutkimuksen edetessä hoitajille eikä tutkijalle.

Lopullisen raportin kirjoittaminen oli koko kehittämisprosessin haastavin tehtävä. Yhtymäkohtaa teoreettisen tiedon eli aikaisempien tutkimusten ja ravitsemussuosittelujen sekä tämän kehittämistehtävän aineiston pohjalta oli vaikea löytää. Raportin kirjoittamista helpotti uusien Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositusten ilmestyminen vuonna 2010. Suosituksista löytyi paljon yhtymäkohtia kerättyyn aineistoon juuri hoitotyön näkökulmaa ajatellen.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Toimintatutkimukseen liittyy eräitä valideetti- ja reliabeettiongelmia. Tieteellisen tutkimuksen osalta ongelmat liittyvät ensisijaisesti tulosten luotettavuuteen, toistettavuuteen ja yleistettävyyteen. Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota tutkimukselliseen lähestymistapaan, tutkimusongelmien määrittelyyn, prosessin etenemiseen ja käytettyihin arviointimenetelmiin sekä tutkimusaineistoon ja lopputulokseen. (Lauri 2006, 121.)

Luotettavuuden osoittamisessa tulee kuvata myös, miten aineiston keruu on tapahtunut menetelmänä ja tekniikkana sekä aineiston keräämiseen liittyneet erityispiirteet, mahdolliset ongelmat aineiston keruussa. Myös tutkimuksen tiedonantajien kuvaus on tärkeää eli millä perusteella tiedonantajat on valittu ja millainen tutkijan ja tiedonantajien välinen suhde? Onko aineisto analysoitu luotettavasti ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin? (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135–138.)

Ikääntyvien ravitsemushoitoa on tutkittu runsaasti 2000-luvulla, tutkimuksissa on nostettu esille ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyviä ongelmia ja kehittämishaasteita. Erityisesti ikääntyvien virhe- tai aliravitsemuksen ja virheravitsemusriskin esiintyminen pitkäaikaishoitolaitoksissa on tutkimusten mukaan erittäin yleistä. Myös

ravitsemushoidon tärkeyttä osana hyvää hoitoa ja kuntoutusta ei ole riittävästi tiedostettu ja hoitohenkilökunnan tiedot ovat ravitsemushoidon hyödyistä ja mahdollisuuksista ovat usein riittämättömiä. (VRN 2010a, 18.)

Tutkimusaiheen valintaan vaikutti aiheen ajankohtaisuus ja myös se, että hoivaosaston asukkaiden ravitsemushoitoon liittyvää tutkimusta ei ole kyseisessä yksikössä tehty aikaisemmin. Asukkaiden ravitsemushoidon toteuttamiseen ei ollut suunnitelmia. Tarvittiin siis kuvausta osaston ravitsemushoitoon liittyvistä toimintatavoista ja miten ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvät suositukset voitaisiin huomioida ja liittää joustavasti käytäntöön, arkipäivän toiminnoiksi.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin osallistavaa toimintatutkimusta, jossa aihetta lähestyttiin käyttäen tiedostavaa lähestymistapaa, jonka tarkoituksena on lähentää teoreettista tietoa ja käytännön kokemuksia (Lauri & Elomaa 1999, 107–108). Tutkijalla ei ollut mitään valmista ravitsemushoidon toteuttamismallia, vaan sitä oli tarkoitus yhdessä hoitajien kanssa tutkia ja kehittää.

Tutkimuksen varsinaisena kohdejoukkona olivat hoitajat, jotka omaan tietoon, taitoon ja kokemukseen perustuen antoivat ravitsemushoitoon liittyvää tietoa asukkaista. Hoitajilla on runsaasti työkokemusta hoivahoidosta. Tiedonantajiksi heidät valittiin myös siksi, että tutkimuksessa käytettävät menetelmät tulevat heille tutuiksi. Omahoitajien valintaan vaikutti se, että heillä on eniten tietoa hoidettavista asukkaista. Osastolla hoidettavat asukkaat eivät kykene itse antamaan niitä tietoja, joita tämän kehittämistehtävän tutkimuskysymyksillä haettiin.

Aineiston keruussa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Usean menetelmän käytöllä varmistettiin laajemman kuvauksen saaminen tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen aineistoihin vastattiin 100 %:sti. Tähän vaikutti se, että työskentelin osastolla yhtenä työntekijänä ja vastausaikaa jokaisessa aineiston keruuvaiheessa oli kuukausi. Hoitajille haluttiin antaa aikaa vastaamiseen, koska vuorotyö asettaa vastaamiselle työaikana omat haasteensa ja kyselyyn vastattiin normaalien työtehtävien lomassa. Haasteista huolimatta aineiston keruu sujui hyvin suunnitelman mukaisesti.

MNA- testiä on käytetty laajasti kansainvälisissä sekä kotimaisissa tutkimuksissa ja se on todettu luotettavaksi menetelmäksi ikääntyvien ravitsemustilan arvioinnissa. Ravitsemustilaan kuvaavien tulosten sekä ruokainemittauksen tulosten luotettavuutta tukevat aikaisempien tutkimusten kanssa samansuuntaiset tulokset. Omahoitajien kyselytutkimuksen uskottavuutta lisäsi se, että vastaajat olivat kokeneita hoitajia, jotka tunsivat tutkittavan aiheen ja kirjasivat kokemuksiaan tutkimusteemoihin liittyen. Laadullisen aineiston tulkintaa helpotti oma työkokemukseni hoivahoidosta. Kyselyaineiston analyysiä helpotti aineiston käsitteleminen kysymyksit-

täin. Sisällönanalyysin tarkistin useita kertoja sekä muodostin vastauksista kuviot teemoittain. Määrällisen aineisto oli pieni ja sen käsitteleminen ja siirtäminen taulukoihin ja kuvioihin oli tuttua.

Raportoin tutkimuksen kulun mahdollisimman tarkoin luotettavuuden lisäämiseksi. Tallensin aineiston ja analysoin tulokset jokaisen vaiheen jälkeen. Osa tuloksista tarvittiin seuraavan vaiheen toteuttamisessa. Raportoinnin helpottamiseksi tein muistiinpanoja eri vaiheiden aikana. Ravitsemushoidon prosessikuvauksessa pyrin käsitteiden valinnassa huomioimaan tulosten yhteys teoreettiseen viitekehykseen. Ravitsemushoidon prosessissa käsitteet ovat aikaisemmissa tutkimuksissa ja suosituksissa käytettyjä peruskäsitteitä. Tässä kehittämissä tehtävissä käsitteet muodostuivat ravitsemushoitoon liittyviksi.

Tulosten siirrettävyyden osalta jokainen toimintatutkimusprosessi on ainutkertainen, joten sitä ei voi sellaiseenaan toistaa (Lauri 2006, 121). Raportin lukijalla on mahdollisuus arvioida tässä kehittämissä tehtävissä käytettyjen menetelmien ja tulosten soveltamista ikääntyvien ravitsemushoidon kehittämiseen. Tämän kehittämistehtävän jälkeen ikääntyvien ravitsemushoidon toteuttamiseen on tullut runsaasti uutta tietoa ja uusia suosituksia. Myös kehittämiskohteena olevan hoivaosaston ravitsemushoidon toimintatavoissa on tapahtunut kehittymistä.

7.3 Johtopäätökset

Ravitsemushoidon kehittämissä tehtävän tekeminen on tuonut runsaasti lisää tietoa tutkimukseen osallistuneelle hoitohenkilökunnalle ja tukijalle. Hoivaosaston ravitsemushoidon käytänteiden kuvaus on antanut pohjatietoa ravitsemushoidon kehittämiseksi ja nostanut esille ne osa-alueet, joita on syytä kehittää jatkossa. Osallistavan toimintatutkimuksen käyttäminen tutkimusta ohjaavana menetelmänä on mahdollistanut tutkijan ja tutkimuksessa mukana olleiden henkilöiden tieto/taidon esiin nostamisen. Olemalla osallisena tulosten tuottamisessa hoitajien tieto ravitsemushoidon sisällöstä lisääntyi. Hoitajat ovat saaneet kokemusta ravitsemustilan selvittämisestä, ravintoaineiden mittaamisesta sekä ovat saaneet tuoda omaa ns. hiljaista tietoa esille omahoitajakyselyn kautta.

Asukkaiden ravitsemustila selvitettiin MNA-testillä. Tulosten perusteella voidaan osoittaa, että asukkailla esiintyi virhe- tai aliravitsemusta ja riskiä virheravitsemukselle. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin muiden tutkijoiden tekemissä tutkimuksissa (Guigoz 2006, 470–471, Suominen 2007, 11). Hoivahoidon asukkailla ilmeni puutteita energia ja proteiinin saannissa ja tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. (Pitkälä ym. 2005, 5266).

Omahoitajakyselyn tulosten pohjalta voidaan päätellä että, hoitajilla on runsaasti tietoa avuntarpeen arvioinnista ja auttamismenetelmien käytöstä. Myös yhteistyö ravitsemushoidossa toteutuu hyvin kuvauksen perusteella. Ravitsemussuosituksissa ikääntyneille korostetaan avuntarpeen arviointia ja yhteistyön merkitystä (VRN 2010a, 27, 57). Auttamismenetelmien kuvaaminen omahoitajien kyselyn tuloksista nostaa esille hoitajien ns. hiljaista tietoa, jota käytetään ravitsemushoidon toteuttamisessa.

Kehittämiskohteiksi tutkimustulosten perusteella voidaan nostaa ravitsemushoidon kirjaamisen ja ravitsemushoitoon liittyvien tavoitteiden määrittelemisen. Ravitsemushoidon kirjaamisen sisältö oli niukkaa molemmissa sekä päivittäisessä kirjaamisessa että hoitosuunnitelmiin kirjaamisessa. Ravitsemushoidon kirjaamiseen tarvitaan jatkossa ohjeistusta. Hoitosuunnitelmissa on tavoitteiden asettelu vähäistä. Ravitsemushoidon tavoitteiden tulee olla lähtöisin asukaslähtöisiä, täsmällisiä, realistisia ja aikaan sidottuja. Tavoitteiden asetteluun tarvitaan ohjausta jatkossa.

Omahoitajien vastauksista tuli selkeästi esille se, että ravitsemustilaa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Asukkaan selviytymistä ruokailun aikana seurataan ja avuntarpeeseen kiinnitetään huomiota. Asukkaan oma tuntemus otetaan huomioon arvioinnissa.

7.4 Tulosten hyödynnettävyys

Tämän kehittämisprosessin jälkeen kääntyneiden ravitsemushoidon kehittäminen on jatkunut tiiviisti Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Kehittämiseen ovat vaikuttaneet julkinen keskustelu ja tiedon lisääntyminen ikääntyvien ravitsemustilaan liittyvistä ongelmista sekä ikääntyvien ravitsemushoitoon kohdistetut uudet suositukset. Myös ravitsemusterapeutin palkkaaminen organisaatioon ikääntyvien ravitsemushoidon kehittämiseen, suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä hoitohenkilöstön kouluttamiseen ovat lisänneet tietoisuutta kehittämisen tarpeista ja miten kehittämistyötä viedään eteenpäin. Organisaatioon on perustettu kaupungin ravitsemustyöryhmä, jossa mukana päättäjiä, johtajia sekä erikoisasiantuntijoita. Myös organisaatioin hoitajaryhmille mm. sairaalaan, hoivahoitoon ja kotihoitoon on perustettu ravitsemushoidon avainosaajien ryhmät. Heille on järjestetty yhteisiä kokouksia ja ravitsemushoidon koulutusta. Ravitsemushoidon avainosaajat vievät kokouksissa ja koulutuksissa saatua tietoa omille työpisteilleen sekä toimivat yhdyshenkilöinä ravitsemushoitoon liittyvissä asioissa. Sisäiseen intranettiin on kerätty ravitsemushoitoon liittyvää tietoa ja ohjeistusta, sen tarkoituksena on toimia sisäisenä tiedonkulun välineenä.

Myös käytännön työhön on hankittu yhteisiä välineitä mm. digitaalinen istumavaaka ja nosturivaaka asukkaiden punnituksia varten. Hoidon laatuindikaattoriksi on nostettu muutokset BMI:ssä. Efficalle kirjataan päivittäin

jokaisessa työvuorossa rakenteisen kirjaamisen mukaan, mm. ravitseminen on oma pääotsikkonaan. Kirjauksista voidaan poimia kaikki tietyllä aikavälillä kirjoitetut huomiot esim. ravitsemuksesta. Näin voidaan tutkia pidemmältä aikajaksolta esim. jonkin ravitsemukseen liittyvän ongelman ja tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia. Efficalle on otettu käyttöön myös RAV-lehti, johon kirjataan aikajärjestyksessä asukkaan ravitsemushoidon toteuttaminen kannalta tärkeät tiedot. RAV-lehdelle kirjatut tiedot ovat nopeasti nähtävissä tiivistetyssä muodossa. Tiedot näkyvät kaikissa Efficatietojärjestelmää käyttävissä yksiköissä.

Ravitsemukseen liittyvään ateriaritmitukseen on tehty parannuksia siten, että yöpaaston aika lyhenee eli aamupala tarjotaan aikaisemmin ja iltapala myöhemmin. Lopullisena tavoitteena on, että yöpaasto ei saa olla kymmentä tuntia enempää. Lisäksi aterioiden määrää on lisätty eli ateriakertoja on nyt viisi aikaisemman neljän sijasta. Myös aterioiden välistä aikaa pyritään tasapainottamaan siten, että ruokailut eivät painottuisi liian tiiviiseen aikatauluun. Ravitsemustilan arviointiin käytettävä MNA-mittari siirretään osaksi RAI-arviointia.

Tässä tutkimuksessa tuotettua ravitsemushoidon prosessikuvausta voidaan hyödyntää RAI:lle tehtäviin hoitosuunnitelmiin ja päivittäiseen ravitsemushoidon kirjaamiseen. Lisäksi prosessikuvausta voidaan käyttää hoitajille suunnatussa ravitsemushoidon koulutuksessa ja uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Ravitsemushoidon prosessikuvausta voidaan käyttää jatkossa hoivahoidossa asuvan ikääntyvän ravitsemushoitomallin suunnittelussa.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Ravitsemushoidon prosessikuvaus muodostuu kahdeksasta eri osa-alueesta, jotka liittyvät ravitsemushoidon toteuttamiseen. Ravitsemushoidon prosessikuvausta ei ole testattu käytännön työssä. Kuvaus on muodostettu teoreettisen tiedon, ikääntyvien ravitsemushoitoon liittyvien suositusten ja tämän tutkimusten tulosten pohjalta.

Kehittämisen prosessi tuotti seuraavat jatkotutkimusehdotukset:

1. Ravitsemushoidon prosessikuvaus toimivuuden arviointi hoivaosastolla. Toimiiko prosessikuvaus ravitsemushoidon toteutuksen jäsentäjänä käytännötyössä?
2. Yhteisten käytänteiden kehittäminen ravitsemushoidon tavoitteiden asetteluun.
3. Ravitsemushoidon yhteistyön toimivuuden arviointi.
4. Ravitsemushoidon kirjaamisen kehittäminen ravitsemushoidon prosessikuvaus avulla. Tutkimuksen avulla voitaisiin löytää yhteinen kirjaamisen malli päivittäiseen kirjaamiseen, hoitosuunnitelmaan ja RAV-lehdelle.
5. Ravitsemushoidon seurannan/arvioinnin yhteisten menetelmien kehittäminen. Miten ravitsemushoidon toteutumista voidaan seurata ja arvioida luotettavasti?

LÄHTEET

- Aspvik, U. 2003. Psyykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminta – toiminnan kehittämisprosessi ja merkitys osallistujien elämänlaadulle. Acta Universitatis Ouluensis D 750. Oulun yliopisto. Oulu
- Dey, Dk, Rothenberg, E, Sundh, V, Bosaeus, I, Steen, B. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A15 y longitudinal population study of 70 y olds. Eur J Clin Nutr. 2001 (55), 482-92.
- ENHA. 2006. The European nutrition for Health Alliance. Suositukset vajaaravitsemusentorjumiseksi. www.nutricia.fi/nhc/images/Suositukset_vajaaravitsemuksen_torjumiseksi.pdf Luettu 24.9.2007.
- Eriksson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Acta Universitatis Tamperensis 929. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A., Vähäkangas, P. 2005. Rai-järjestelmän esittely. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. (toim.). Ikääntyvien laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 22–26.
- Finne-Soveri, H., Suominen, M., Pitkälä, K. Hauraille iäkkäille omat ravitsemussuositukset - miksi? Bolus 2008 (4), 8-9.
- Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P. 1996. Assessing the Nutritional Status of the Elderly: The Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation. Nutritional Reviews 54 (1): (II) S59-S65.
- Guigoz, Y. 2006. The Mini Nutritional assessment (MNA) review of the literature – what does it tell us?. The Journal of Nutrition, Health & Aging. 2006:10(6) 466-485.
- Haapa, E., Pölonen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:4. Helsinki.
- Haatainen, T. 1999. Onko onnellinen vanhuus utopiaa? Teoksessa: Voutilainen, P. (toim.), Sailo, K & Isola, A. Hoitotyön vuosikirja 2000. Vanhusten hoitotyö. Tammer-Paino Oy. Tampere. 87–93.

Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Hartikainen, S. 1995. Geriatrian alueellinen toimintamalli ja sen vaikutukset. Acta Universitatis Ouluensis D 336. Oulun yliopisto. Oulu.

Heikkinen, HTL, Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: Heikkinen, HTL, Huttunen, R, Moilanen, P. (toim.). Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. WSOY. Juva, 25-62.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Hopia, H., Heino-Tolonen, T., Paavilainen, E & Åstedt-Kurki, P. 2004. Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. Hoitotiede. Vol. 16, (4), 159–167.

Ihalainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A & Toponen, T. 2004. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. WS BookWell OY. Porvoo.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Korkiakoski, L. 1998. Hoitotyön käsikirja. 7. painos. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Itkonen, T., Noro, A., Finne - Soveri, H. Ravitsemuksen seuranta pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. (toim.). Ikääntyvien laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 180–190.

Kassara, K., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L., Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. WSOY.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2006:30. Helsinki.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa: Heikkinen, HTL., Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. ATENA kustannus. WSOY, Juva. 63–83.

Koivisto, T. Terveys 2015-kansanterveysohjelma- terveyden edistäminen kaikkien yhteisenä asiana. Teoksessa: Koivisto, T., Muurinen, S., Peipponen, A., Rajalahti, E. (toim.) Tammer-Paino Oy. Hoitotyön vuosikirja 2003. Tampere. 25–34.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskus. Raporttisarja 2005:2

Kylmä, J., Juvakka, T 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Latvala, E., Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.), Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva. 21-43.

Lauri, S. 1985. Päätöksenteko hoitotyön prosessissa. Arvi A. Karisto Oy Osakeyhtiön kirjapaino. Hämeenlinna.

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. WSOY. Juva.

Lauri, S. 2006. Toimintatutkimus. Teoksessa: Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. WSOY Oppimateriaalit OY. 114–135.

Leino-Kilpi, H. 2006. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa: Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. WSOY Oppimateriaalit OY. 222-231.

Martikainen, T. (toim.). 2002. Ravitseminen ja ruokavaliot. Käsikirja sairaan ravinnosta ja ruokailusta. 4. uudistettu painos. Ravitsemusterapeuttien yhdistys r.y. Vammalan Kirjapaino Oy.

Munter, H. 1987. Pohdintaa toimintatutkimuksesta ja laajemminkin tutkimuksen tekemisen tavoista. Teoksessa: Huttunen, E (toim.) Tutkimus lasten elämänlaadun parantajana. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 15/1987. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Muurinen, S., Soini, H., Suur-Uski, I., Peipponen, A., Pitkälä, K. 2003. Vanhainkotien asukkaiden ravitsemustila 2003. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2003:6.

Männistö, S., Pietinen, P. 2005. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M.(toim.) Ravitsemustiede. Helsinki. Duodecim. 38-40.

Nienstedt, W. 2002. Lääketieteen termit. 4. painos. Gummerus kirjapaino Oy.Jyväskylä.

Noro, A. 2005. Vertailukehittämishanke. Hankkeen alkuvaiheet. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. (toim.). Ikääntyvien laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 27–34.

Parkkinen, K., Serti, P. 2006. Avain ravitsemukseen. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.

Peltosaari, L., Raukola, H., Partanen, R. 2002. Ravitsemustieto. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.

Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, T. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen lääkärilehti. 2005.51–52/2005, 5265–5271.

Päivärinta, E & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomenkuntaliitto & Stakes. Helsinki.

Raatikainen, R. 2002. Terveystieteen edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa: Koivisto, T., Muurinen, S., Peipponen, A., Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003. (toim.)Tammer-Paino Oy. Tampere. 9-24.

Routasalo, P. 2002. Terveystieteen edistäminen vanhusten palveluissa. Teoksessa: Koivisto, T., Muurinen, S., Peipponen, A., Rajalahti, E. (toim.). Hoitotyön vuosikirja 2003. Tammer-Paino Oy. Tampere. 109-118.

Rusi, R. 1998. Vanhuksen toimintakyvyn merkitys tutkimusten valossa. Teoksessa: Parviainen, T. (toim.)Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tammer-Paino Oy. Tampere. 24–46.

Räihä, I. 2005. Vanhusten ravitsemus. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M (toim.) Ravitsemustiede. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 312- 324.

Räihä, I. Fysiologiset muutokset vanhetessa. Bolus 2008;4.6-7.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R., Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. WSOYpro Oy: Helsinki.

Savola, E & Koskinen-Ollonqvist, P. Terveiden edistäminen esimerkein, Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskus ry. Edita Prima Oy. Helsinki.

Soini, H., Juntunen, S., Routasalo, P., Sandelin, E., Savikko, N., Suominen, M., Suur-Uski, I., Virtaniemi, S., Pitkälä, K. 2004. Pitkäaikaishoidotilaiden ravitsemustila. 2003. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuksia 2004:1

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. Edita oyj. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja. 2006:19

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja. 2008:3. Yliopistopaino. Helsinki.

Stechmiller, J.K. 2003. Early Nutritional Screening of Older Adults. Review of Nutritional Support. Journal of Infusion Nursing. Vol. 26,No.3 : 170-177.

Strandberg,T & Tilvis, R. 2001. Geriatriinen preventio. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Karisto Oy. Hämeenlinna. 328-342.

Suominen, M. 2002. Ruokalistasuunnittelun opas. Vammalan Kirjapaino Oy.

Suominen, M., Laine, A., Routasalo, P., Pitkälä, KH., Räsänen, L. The nutrient content of the served food in a nursing home, nutrient intake and nutritional status of the demented elderly residents.J Nutr Health Agenig. 2004; 8 (4), 234-238.

Suominen, M & Kivistö, S. 2005. Ravitsemus osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.

Suominen, M. 2006. Ikääntyneiden ravitsemus ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 6.uudistettu painos. Ravitsemusterapeuttien yhdistys R.Y.Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.

Suominen, M. 2007a. Ravitsemus. Teoksessa: Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiilikainen, P (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tammer-Paino Oy. Tampere. 184–200.

Suominen, M. 2007b. Iäkkään ihmisen ravitsemus. Bolus. 2007 (1), 6-8.

Suominen, M. 2007c. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Academic dissertation. University of Helsinki. 2007.

Tolvanen, K. 1998. Terveystä edistävän organisaation kehittäminen oppivaksi organisaatioksi. Kehitysnäytökset ja kehittämistehtävät terveyskeskuksen muutoksen virittäjänä. Jyväskylä University Printing House. Jyväskylä.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 162. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelut- nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuuselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki. Saatavissa: <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi>. (Luettu 10.10.2007)

Vallejo Mediana, A., Vehviläinen, S., Haukka U-M., Pyykkö, V & Kivelä S-L. 2006. Vanhusten hoito. WSOY. Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2003. Toimintaohjelma kansallisten ravitsemussuosittelujen toteuttamiseksi. Komiteamietintö. Edita Prima Oy. Helsinki

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuosittelut – Ravinto ja liikunta tasapainoon. Edita Prima Oy. Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Edita Prima Oy:Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Ravitsemushoitosuositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntouskeskuksiin. Edita Prima Oy: Helsinki.

Vellas, B., Guigoz, Y., Baumgartner, M., Garry, P.J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S & Albarede, J-L. 1999. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional status of elderly patients. Nutrition. Volume 15, Issue 2. February 1999. Pages 116-122.

Vellas, B., Guigoz, Y., Baumgartner, M., Garry, P.J., Lauque, S & Albarede, J-L. 2000. Relationships Between Nutritional Markers and Mini Nutritional Assessment on 155 Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society. 48 (10):1300–1309.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes tutkimuksia 142. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Voutilainen, P., Isola, A., Muurinen, S. 2004. Nursing dokumentation in nursing homes- state of the art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of Carings sciences. 18 (1): 72-81.

Voutilainen.P & Heinola, R. 2006. Ikääntyneet. Julkaisussa: Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki. 68–69

Vähäkangas, P., Lindman, K., Uusitalo, K. 2005. Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoidon suunnittelu. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. (toim.). Ikääntyvien laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 148–156.

MNA testi:

www.ravitsemuskotona.fi/@Bin/118476/MNA_finnish.pdf. (viitattu 4.2.2012)

MNA-testin käyttöohje:

www.ravitsemuskotona.fi/@Bin/116498/MNA,%2bohje,%2buusi.pdf. (viitattu 4.2.2012)

LIITTEET

LIITE 1 Ruoka-ainemittauslomake

PVÄ				
ASUKAS	Tarjottu annos/ paino g	Aterialta jäänyt /paino g	Syöty annos/ paino g	RAVINTOAINEEN SELITE
AAMIAINEN				
puuro				
voisilmä				
maito/piimä				
kahvi/tee				
kerma				
sokeri/makeutusaine				
sose/soppa				
leipä				
levite				
leivänpäälllys				
muu				
LOUNAS				
maito				
kasvis				
leipä				
levite				
jälkiruoka				
muu				
VÄLIPALA				
OMAT				
makeiset				
PÄIVÄKAHVI				
kahvi/tee				
kerma				
sokeri/makeutusaine				
kahvileipä				
muu				
ILTAPALA				
leipä				
levite				
leivänpäälllys				
sose/soppa				
maito/piimä				
kahvi/tee				
kerma				
sokeri/makeutusaine				
muu				

LIITE 2. Kyselylomake omahoitajille

xxxxxxx ASUKKAIDEN RAVITSEMUSHOITO
KYSELY OMAHOITAJILLE RAVITSEMUSHOIDON KEHITTÄMISEKSI

Aukkaan nimi: _____
Omahoitajat: _____
PAINO 1/2007: _____ Paino 5/2007: _____ Muutos: _____
Ruokavaliot: _____
Sairaudet: _____

1. Kuvaile millaisia ravitsemukseen liittyviä ongelmia ja voimavaroja asukkaalla on.

ongelmat:

voimavarat:

2. Kuvaile millaisia hoitotyön auttamismenetelmiä on käytössä asukkaan ravitsemustilan tukemiseksi.
3. Kuvaile miten ravitsemustilaa ja ravitsemushoitoa arvioidaan.
4. Kuvaile miten ravitsemustilaa ja ravitsemushoitoa kirjataan.
(Effican ja Rai-tiejärjestelmään)
5. Kuvaile millaista yhteistyötä tehdään ravitsemushoitoon liittyvissä asioissa ja miten tiedonkulku sujuu.
(asukkaat, omaiset, osaston henkilökunta, lääkäri, ravitsemuspalveluiden henkilökunta)

LIITE 3 Kyselylomakkeen lisälomake

Ravitsemukseen liittyviä mahdollisia ongelmia ja voimavaroja

Suun kunto

- puremisongelmia
- hampaaton
- omia hampaita, mahdollisesti huonokuntoisia
- osaproteesi
- koko proteesi
- väljät proteesit, eivät pysy paikallaan
- kuiva suu
- kipua suussa, ien tulehdus, haavaumat
- katteinen kieli
- Ruuan rakenne ja ruokavaliot
- neste
- sosemainen
- pehmeä
- kiinteä
- perusruoka
- painon muutokseen tähtäävä dieetti(paino nousu/lasku)
- vähälaktoosinen
- maidoton
- keliakia
- kihti
- sappi
- kalaton
- munaton
- täydennysravintovalmisteet (energia, proteiini)

Ruokailu

- syötettävä
- paljon apua
- hieman apua, ohjaus, kannustus
- syö itse ongelmitta
- osaa kertoa mitä haluaa syödä, kun esitetään eri vaihtoehtoja
- sotkee ruuan kanssa
- ei muista miten ruokailuvälineitä käytetään, syö sormilla
- mieliruuat ja juomat tiedossa
- erityisastiat (esim. nokkamuki, pilli, värilliset astiat)
- näköongelmia, jättää osan syömättä ja juomatta
- levottomuus ruokailutilanteessa, vaihtaa paikkaa, ei viihdy muiden seurassa, äänekäs häiritsee muiden syöntiä
- nielemisvaikeudet
- valikoi ruokansa
- Suolen toiminta
- epäsäännöllinen
- säännöllinen

- Suolen toimintaa lisääviä ulostusaineita (Aqiogur, Aqiolax, Laxamucil, Vi-Siblin)
- Osmoottisia ulostusaineita (Dubhalac, Lecolac, Lalax, Magnesiamaito, Movicol)
- Suolta stimuloivia ulostusaineita (Toilax, LaAxoberon)
- Ulostetta pehmentäviä peräruiskeita (Klyx, Microlax, Toilax)

Hoitotyön auttamismenetelmiä ravitsemushoidossa

- huomioidaan oikea ruokailuasento (sängyssä, pyörätuolissa, tuolissa)
- vaihtoehtoja ei ole hyvä olla useita kerrallaan. yksi ruoka tarjolle kerrallaan. Dementoituneelta kannattaa kysyä yhtä asiaa kerrallaan, jos häntä pyydetään valitsemaan.
- Hitaille syöjille ruoka tarjoillaan ensimmäisenä.
- Työnteon näkeminen on myös rauhoittavaa. Huomioi metelin vähentäminen (kova ääninen puhe, likaisten astioiden laitto koneeseen).
- Tarjotaan potilaan mieliruokia.
- Käytetään yksivärisiä kuviottomia astioita ja liinoja. Astioiden on hyvä olla kirkkaan värisiä esim. keltaisia ei puhtaan valkoisia.
- Siirretään kukat ja ylimääräiset esineet pois ruokapöydästä.
- Jos ryhmässä on yksi tai useampia, jotka ovat levottomia tai kovin epäsiistejä ja häiritsevät muiden ruokailua, ryhmän voi jakaa pienemmäksi. Ketään ei saa kuitenkaan eristää, vaan näköyhteys muihin ruokailijoihin on hyvä säilyttää.
- Hoitaja tai omainen osallistuu ruokailuun esim. hoitaja tai omainen voi auttaa muistamaan ruokailuvälineiden käytön, puremisen ja nielemisen.
- Liian kuumaa ruokaa on varottava tarjoamasta. Kylmien lusikkaruokien tarjoamisessa on se etu, että dementoitunut tuntee selvästi suussaan olevan kylmän ruuan, jolloin syöminen ja nieleminen käynnistyvät. Lääkkeet tarjotaan kylmän ruuan kanssa esim. hedelmäsose, kiisseli.
- Jos potilasta syötetään, on huolehdittava, että lusikalliset eivät ole liian suuria. Näin vältetään ruuan meno henkitorveen (aspiraatio)
- Ruokailu ja syöttäminen vaativat aikaa ja kärsivällisyyttä.

Ravitsemushoidon tavoitteet

- paino nousee
- paino laskee
- paino pysyy ennallaan

Ravitsemushoidon kirjaaminen

- päivittäinen kirjaaminen esim. muutokset
- hoitosuunnitelma (Effic, RAI)

Yhteistyö ja tiedonkulku ravitsemushoidossa

- osaston henkilökunta, tieto ruokavaliosta, tavoitteista, auttamismenetelmistä, arvioinnista, RAPORTOINTI suullinen ja kirjallinen. Miten tieto välittyy?
- ravitsemuspalveluiden henkilökunta, ruokien tilaaminen, ruokavaliot, toiveet. Miten tieto välittyy?
- omaiset. Miten tieto välittyy?